Aus dem Rheinischen Landeskrankenhaus -
Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf

Direktor: Professor Dr. med. Kurt Heinrich

Die Entwicklung der Therapie im Rheinischen Landeskrankenhaus - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf von 1876 bis 1976

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Eleonore Middelmann

1978

1979

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544328_0003

Aus dem Rheinischen Landeskrankenhaus -
Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf

Direktor: Professor Dr. med. Kurt Heinrich

Die Entwicklung der Therapie im Rheinischen Landeskrankenhaus - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf von 1876 bis 1976

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Eleonore Middelmann

1978

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
gez.: Prof. Reinauer

I. Berichterstatter
gez. Prof. Heinrich

II. Berichterstatter
gez.: Prof. Schadewaldt

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	Anlaß, Zielsetzung und Vorgehensweise der Untersuchung	1
2.	Entwicklung des Therapiebegriffs in der Psychiatrie	2
2.1	Deutung und Behandlung des Psychotischen durch Magier und Priester	2
2.2	Erstes wissenschaftliches Vorgehen bei der Behandlung der Geisteskranken durch die Griechen	3
2.3	Behandlung der psychisch Kranken im Mittelalter	4
2.4	Vom Tollhaus zum Hospital	4
3.	Entwicklung der Therapie von 1876 bis zur Einführung der Fiebertherapie 1917	9
3.1	Therapieformen von 1876 bis zur Einführung der Fiebertherapie 1917	9
3.1.1	Das "no-restraint" Prinzip	9
3.1.2	Behandlung in offenen Abteilungen	11
3.1.3	Isolierungsbehandlung	12
3.1.4	Bettbehandlung	13
3.1.5	Physikalische Behandlungsmethoden	14
3.1.6	Arbeits- und Beschäftigungstherapie	15
3.1.7	Arzneimittel	17
3.1.8	Psychotherapie	18
3.1.9	Freizeittherapie	20
3.2	Rehabilitationseinrichtungen	21
3.2.1	Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz	22
3.2.2	Außenfürsorge	25
3.2.3	Familienpflege	26

Seite

4.	Entwicklung der Therapie von der Einführung der Fiebertherapie 1917 bis zur Einführung der Psychopharmaka 1952	26
4.1	Grundlegende Entwicklungsstufen	26
4.2	Zeitbezogener Erkenntnisstand	27
4.2.1	Spezielle Therapieformen	28
4.2.1.1	Fieber- und Chemotherapie der progressiven Paralyse	28
4.2.1.2	Aktivere Krankenbehandlung	30
4.2.1.3	Dauerschlafbehandlung	34
4.2.1.4	Insulintherapie	36
4.2.1.5	Cardiazol Behandlung	38
4.2.1.6	Elektrokrampfbehandlung	38
4.2.1.7	Therapie der Enzephalitis epidemica	41
4.2.1.8	Behandlung des Alkoholismus	43
4.2.1.9	Behandlung des Morphinismus	45
4.2.1.10	Das panoptische System in der Aufnahmeklinik	47
4.2.1.11	Freizeittherapie	49
4.2.2	Rehabilitationsmaßnahmen	50
4.2.2.1	Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Rheinland e.V.	51
4.2.2.2	Außenfürsorge	52
4.2.2.3	Familienpflege	55
5.	Entwicklung der Therapie von der Einführung der Psychopharmaka 1952 bis 1976	56
5.1	Grundlegende Entwicklungsstufen	56
5.2	Zeitbezogener Erkenntnisstand	59
5.2.1	Spezielle Therapieformen	59
5.2.1.1	Psychopharmaka	59
5.2.1.2	Soziotherapie (Milieugestaltung, Gruppentherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie)	74

		Seite
5.2.1.3	Alkoholkrankenbehandlung	92
5.2.1.4	Gerontopsychiatrische Behandlung	101
5.2.1.5	Verhaltenstherapie	111
5.2.1.6	Freizeit-Reise- und Sporttherapie	112
5.2.2	Rehabilitationsmaßnahmen	118
5.2.2.1	Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Rheinland e.V.	118
5.2.2.2	Außenfürsorge	121
5.2.2.3	Laienhilfe	125
5.2.2.4	Patientenklubs	134
5.2.2.5	Ambulante Behandlung und Poliklinik	139
5.2.2.6	Halbstationäre Behandlung in Tages- und Nachtklinik	143
5.2.2.7	Übergangsheim Franz-Sioli-Haus	145
6.	Zusammenfassung	152
	Anhang	196 - 224
	Dank	225
	Lebenslauf	226

1. Anlaß, Zielsetzung und Vorgehensweise der Untersuchung

Am 1. April 1876 begann der erste Direktor der Rheinischen Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg seinen Dienst in Düsseldorf. Am 1. Juli 1876 trafen die ersten Patienten für die neu gegründete Klinik ein. Damit ist das Rheinische Landeskrankenhaus - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf in diesem Jahr 100 Jahre alt geworden. Dieser Zeitpunkt gibt Anlaß, die vergangene Entwicklung zu überdenken. Historische Entwicklungen als Grundlage heutiger Überlegungen können wertvolle Erkenntnisse und Erfahrungen vermitteln. Sie sind dazu geeignet, bewährte Maßnahmen nachzuahmen, verbessert wieder anzuwenden oder aus Fehlentwicklungen zu lernen. Daher soll, ausgehend vom jeweiligen allgemeinen Erkenntnisstand der Psychiatrie, die Entwicklung der Therapie in diesem Landeskrankenhaus bis zum heutigen Tag herausgestellt werden. Zusätzlich werden gesellschaftliche Strömungen berücksichtigt, soweit sie für die Entwicklung der Therapie von Bedeutung sind.

Die Entwicklung eines Landeskrankenhauses kann aus vielerlei Perspektiven betrachtet werden. Einerseits kann der Fortschritt in den baulichen Maßnahmen und den organisatorischen Strukturen dargestellt werden, andererseits kann die Entwicklung am Beispiel der psychiatrischen Therapie, wie sie in den jeweiligen Zeitphasen angewendet wurde, gezeigt werden. Eine strenge Abgrenzung wird durch enge Wechselbeziehungen zwischen Therapie und baulichen Maßnahmen erschwert.

Die baulichen Veränderungen und die organisatorischen Entwicklungen werden ausführlich von BECKER, KETTLITZ, KUHN untersucht. Im Mittelpunkt dieser Untersuchung steht die Entwicklung der Therapie des Rheinischen Landeskrankenhauses - Psychiatrische Klinik der

Universität Düsseldorf. Der Untersuchungszeitraum wird in Zeitabschnitte gegliedert, die sich an der allgemeinen Therapieentwicklung orientieren. Es erscheint zweckmäßig, den Zeitraum von 100 Jahren in drei Zeitabschnitte aufzuteilen:

* 1876 bis zur Einführung der Fiebertherapie 1917
* Fiebertherapie bis zur Einführung der Psychopharmaka 1952
* Anwendung der Psychopharmaka und zunehmende Bedeutung der soziotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen

2. Entwicklung des Therapiebegriffs in der Psychiatrie

Das Wort Therapie ist in der Regel gleichbedeutend mit praktischer "Heilkunde" oder "Heilkunst". Etymologisch stammt es aus dem Griechischen und leitet sich einmal von der "Heillehre" ab, zum anderen von "Dienst, Pflege des Menschen, auch des Gesunden, Behandlung, Heilung des Kranken" (SAMUEL). Der Therapiebegriff war im Laufe der Geschichte einem häufigen Wandel unterworfen. Das kommt besonders deutlich in der Therapiegeschichte der Psychiatrie zum Ausdruck. Deshalb soll kurz auf die Entwicklung der Irrenpflege bis 1876 eingegangen werden.

2.1 Deutung und Behandlung des Psychotischen durch Magier und Priester

In der Frühgeschichte wurden fast alle Krankheiten auf den Eingriff übernatürlicher Kräfte zurückgeführt (ACKERKNECHT, HAISCH, PANSE, SCHULTE). Wo sich keine sichtbare Krankheitsursache fand,

vermutete man die strafende Hand von Göttern, Teufeln, Zauberern oder Dämonen. Von den meisten psychisch Kranken glaubte man, sie seien von Geistern besessen. Deshalb behandelte man sie mit Beschwörungen, Gesängen, Gebeten und magischen Formeln. Die Therapie der frühgeschichtlichen Zeit ist also mehr eine Psychotherapie gewesen, in der Suggestion und Beschwörung die am häufigsten angewendeten Verfahren waren. Darum waren Priester und Zauberer die ersten, die das Psychotische deuteten und behandelten (PANSE).

2.2 Erstes wissenschaftliches Vorgehen bei der Behandlung der Geisteskranken durch die Griechen.

Mit den Griechen begann die wissenschaftliche Geschichte der Psychiatrie (ACKERKNECHT, PERETTI). Die älteren Hochkulturen schwankten zwischen natürlichen und übernatürlichen Erklärungen der Krankheiten; Die Hippokratiker traten für eine natürliche Erklärung ein.Das geht aus ihren Schriften über die Epilepsie hervor, die "heilige Krankheit", die sie in nichts göttlicher und heiliger empfanden als alle anderen Krankheiten (GRIMM). Da sie psychische Krankheiten als Folge von abnormen Prozessen im Gehirn ansahen, die ihrerseits wieder durch Veränderungen in den vier Kardinalsäften verursacht sind, behandelten sie somatisch,teils diätetisch, teils medikamentös (PERETTI). Weitere Verfahren bei den Griechen waren warme Ölumschläge, Aderlaß, Weinverbot , Massage, leichte Lektüre und Reisen. Die erste rein psychische Therapie lehrte ASKLEPIADES in Rom. Mit Musik, Wein, Liebe, Beschäftigung und Gedächtnisübungen wollte er den psychisch Kranken helfen (PERETTI).

2.3 Behandlung der psychisch Kranken im Mittelalter

In der spätrömischen Zeit und im Mittelalter zerfiel die medizinische Wissenschaft und damit auch die Psychiatrie und machte dem Wunderglauben Platz. Über die Behandlung der psychisch Kranken in dieser Zeit läßt sich wenig Positives berichten. Sie war darauf angelegt, die Gesellschaft von der Gegenwart der lästigen Irren zu befreien. Sie waren sich selbst überlassen und wurden aus der Stadt ausgewiesen, wenn sie keine Angehörigen hatten. Darüberhinaus war die Familie verpflichtet, die Kranken zu versorgen und zu sichern. Meist waren die Kranken eingeschlossen in Tollkisten oder Dorenkästen, in einem Stall oder Zimmer. Andere sperrte man in Gefängnisse und sogar in Leprosorien (PANSE). Nur die ersten Christen vollzogen noch eine Therapie im eigentlichen Sinn. HAISCH berichtet von der guten Verpflegung der Geisteskranken, die auch zu einigen Arbeiten verpflichtet wurden. Sie hielten sich in den Kirchen auf. Doch auch hier beginnt schon die mystische Behandlung durch segnendes Handauflegen, die sich später zum Exorzismus verstärkte. Gleichzeitig kamen die Hexenverbrennungen auf, denen in Europa mehrere Millionen Menschen zum Opfer fielen. Ihre größten Auswüchse zeitigten sie im 16. und 17. Jahrhundert. PERETTI vermutet, wie viele andere, daß sich unter diesen unschuldig hingerichteten und verbrannten Menschen meist Geistesgestörte, vor allem Melancholische und Schizophrene, befanden, die sich des Bündnisses mit Teufeln und Dämonen selbst beschuldigten. Noch 1738, berichtete PANSE, wurde auf dem jetzigen Gelände des Rheinischen Landeskrankenhauses die letzte Düsseldorfer Hexe verbrannt.

2.4 Vom Tollhaus zum Hospital

Erst im Zeitalter der Aufklärung verschwand die Vorstellung vom Besessenheitswahn und Behexten allmählich und machte einem huma-

neren Umgang mit psychisch Kranken Platz. Dies wurde bereits von FELIX PLATTER(1537 - 1614) versucht, von dem PERETTI berichtet, er habe die Grundlage für eine mehr psychische Behandlungsweise gelegt. Gemütskranke tröstete, ermahnte und überredete er, Tobende bezwang er durch Scheltreden, Ketten und Gefängnis.

Die ersten Spezialanstalten, die im 15. - 17. Jahrhundert eigens für psychisch Kranke geschaffen wurden, waren Narren- und Tollhäuser in Nürnberg, Braunschweig, Eßlingen, Würzburg, Frankfurt und Berlin. HAISCH schildert die Verhältnisse in diesen Häusern, in denen die Krankenbehandlung eher einer Bestrafung glich. Die Kranken wurden schlecht ernährt, geschlagen und mußten harte Arbeit verrichten.

Ansätze einer somatischen Behandlung zeigte die Schocktherapie. Hier versuchte man mit Schreck und Überraschungseffekten, das in Unordnung geratene Gehirn wieder zur Vernunft zu bringen. Dazu diente zum Beispiel die bei PÖLDINGER, HAISCH und ADAM angeführte Narrenbrücke. Hier gingen die Kranken ahnungslos über eine Brücke, in deren Mitte sie dann mittels einer Bodenfalle plötzlich ins Wasser fielen. Auch schüttete man eine Vielzahl von Eimern mit kaltem Wasser über ihren Kopf aus, um sie einzuschüchtern. Alle diese Verfahren beruhten auf der Unkenntnis über die Ursachen psychischer Krankheiten und waren unspezifischer Art.

Eine große Zahl Arzneimittel und chemische Drogen fand seit der Renaissance ihren Platz in der Therapie psychisch Kranker. Nach ACKERKNECHT, HAISCH, ADAM, PÖLDINGER gehörten dazu u.a.: Quecksilber (oft angewandt bei Syphilis), Kupfer und Eisen, Baldrian, Belladonna, Opium, Chinarinde, Seife, Nießwurz, Kampfer etc. Eine der schlimmsten Quälereien war die äußerliche Anwendung des Brechweinsteins. Diese Art der Einreibung des Schädels wurde auch noch

1860 von PELMAN erlebt und in seinen"Erinnerungen eines alten Irrenarztes" 1912 beschrieben.

Die Psychiatrie des ausgehenden 18. Jahrhunderts wurde wesentlich durch PHILIPPE PINEL (1755-1826) beeinflußt (KORNFELD). PINEL war einer der frühen Reformatoren der Anstaltsbehandlung der Geistes- und Gemütskranken. In seinem "Traité médico - philosophique sur l'aliénation mentale,où la manie" zählt er körperliche Arbeit in Abwechslung mit Leibesübung, Ruhe und Erholung zu den wirkungsvollsten Heilmitteln. Weiter gehörten Musik, Theaterspiel, Lesen und nach Möglichkeit keine Gewaltanwendung zu seinen Therapievorschlägen (SCHRENK).

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts setzte auch in Deutschland mit J.C. REIL (1759 - 1813) und seinen "Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttung",Halle, 1803 eine Reform der psychiatrischen Behandlung ein. PINEL ging methodisch analytisch vor, REIL hingegen vertrat nicht den Leitgedanken der Aufklärung, sondern wendete sich mehr der romantischen Naturphilosophie zu (SCHRENK, KONRFELD). Seine psychischen Kuren können "materielle Substanzen" oder "psychische Mittel" sein, die z.B. Wohlbehagen anregen und auf die Seele zurückwirken.

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts behandelte man in Deutschland immer noch mit einer Reihe mechanischer Bändigungsmittel, die bei ADAM, ACKERKNECHT, PERETTI, HAISCH, HAYNER, HORN, SCHNEIDER und vielen anderen ausführlich beschrieben werden. Aus England stammen z.B. der Zwangsstuhl und die Cox'sche Schaukel. Beim Zwangsstuhl wurden die Kranken mit Körper, Armen und Beinen an den Stuhl gefesselt und verweilten oft tagelang in derselben Stellung. Bei der Coxschen Schaukel wurde der Patient im Bett

liegend an die Speichen eines großen Rades gebunden. Das Schwungrad wurde so lange kopfwärts gedreht bis es zum Blutaustritt aus den Konjunktiven kam. In Anlehnung an die Cox'sche Schaukel erfand HORN 1818 die sogenannte Drehmaschine. Sie wurde von ihm vor allem bei Störrischen, Schwermütigen und Ungehorsamen verordnet. Dahinter stand die Überlegung, den Kranken durch Schwindel von seinen krankhaften Ideen fernhalten zu können. Ein ähnliches von HORN verwendetes Instrument war der Drehstuhl. Der Patient, an Körper und Gliedern gefesselt, wurde so lange zentrifugiert "bis ein die Kur förderndes Erbrechen erfolgte." Das Zwangsstehen war eine Kombination von Fesselung der zu den Seiten ausgestreckten Arme, der Füße und des Körpers, wodurch der Patient gezwungen wurde, unbeweglich acht bis zwölf Stunden und länger in einer Stellung zu verharren. Alle diese Instrumente hatten den Zweck, Ruhe und Ordnung bei den Kranken hervorzurufen. HAYNER empfahl 1818 den möglichst seltenen Einsatz dieser "Heilmittel". Körperliche Mißhandlung und Schläge lehnte er ab. KRAEPELIN nannte ihn deshalb den "ehrwürdigen Vorkämpfer für die menschliche Behandlung der Irren."

Die weiteste Verbreitung unter den Zwangsmitteln fand die Zwangsjacke: eine Weste aus Segeltuch oder Sackleinwand, die so lange Ärmel hatte, daß sie vorn kreuzweise um den Körper herumführte und auf dem Rücken verknotet wurde. Noch 1918 erwähnte GRUHLE sie als Requisit einer vergangenen Zeit, das aber noch immer in Benutzung sei. Erstaunlich ist, daß die "Marterinstrumente" von denselben Ärzten erfunden und benutzt wurden, die gleichzeitig den humanitären Gedanken priesen. Es fehlten jedoch den damaligen Therapeuten die geeigneten Mittel, erregte Patienten anders als durch mechanischen Zwang oder Schock zu beruhigen.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es zum entscheidenden Durchbruch in der Beurteilung der Geisteskrankheiten sowie in der daraus folgenden Behandlung. Jetzt begann die klassische Klinikpsychiatrie, die sich in die wissenschaftliche und institutionalisierte Medizin eingliederte. Die Umwandlung vom Tollhaus zum Hospital und weiter zur Anstalt und Klinik für psychisch Kranke wurde damit vollzogen. Diese Wandlung geht Hand in Hand mit der Entwicklung im Umgang mit den Patienten. Das Bewahren, Sichern, Disziplinieren wird zum Pflegen und Heilen. Aus Irrenhäusern entstanden Heil- und Pflegeanstalten. Von CARL WIGAND MAXIMILIAN JACOBI (1774 - 1858) ging der stärkste Impuls auf die sich entfaltende Psychiatrie in Deutschland aus (SCHRENK). Er war von 1831 bis zu seinem Tod Direktor der Anstalt Siegburg, die nach seinen Plänen errichtet worden war. Siegburg war die erste ärztlich geleitete Heilanstalt überhaupt, wie LEWENSTEIN anläßlich einer Feier der Düsseldorfer Klinik feststellte. JACOBI gehörte zu den Somatikern der deutschen Psychiatrie wie NASSE und FRIEDREICH. Ihre Gegner waren die Psychiker. Diese sahen die unmittelbaren Ursachen der Geisteskrankheiten immer von der Seele selbst ausgehen. JACOBI und die Somatiker faßten die psychischen Erscheinungen allein als Äußerungen körperlicher Vorgänge auf. Nach JACOBIs Meinung sind psychische Störungen körperliche Störungen, die auf das "Gemüth" störend oder verwirrend wirken können. Er suchte einen personalen Umgang zwischen Arzt und Kranken. Die Entwicklung, die JACOBI in Gang brachte, versuchte die medizinische Wissenschaft, losgelöst von Spekulationen, auf kritischer Beobachtung und auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen aufzubauen. GRIESINGER (1817 - 1868) knüpfte bei den Somatikern, besonders bei JACOBI an. Er befreite die Geisteskranken von den moralischen Ketten und ließ sie Kranke sein. In seinem Werk "Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten" begründete er eine Klassifizierung der psychischen Krank-

heiten. Er stellte fest, die Psychiatrie habe nur von Krankheiten des Gehirns zu handeln, diese wiederum riefen abnorme Vorstellungen und Handlungen hervor. Die Gehirnpathologie habe häufig mit Symptomkomplexen zu tun, von denen sie weder den Sitz noch den Entstehungsmechanismus kenne.

3. Entwicklung der Therapie von 1876 bis zur Einführung der Fiebertherapie 1917

3.1 Therapieformen von 1876 bis zur Einführung der Fiebertherapie 1917

Der Grund für die Errichtung der Provinzial-Irren Heil- und Plegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg im Jahre 1876 lag einmal in der unzureichenden psychiatrischen Versorgung der Rheinprovinz. Hinzu kam der glückliche Umstand, daß ein Teil der Reparationsgelder aus dem deutschfranzösischen Krieg 1870/71 für den Bau der psychiatrischen Klinik zur Verfügung stand. Die Entwicklung die zur Gründung der Anstalt Düsseldorf-Grafenberg führte, wird im einzelnen bei BECKER dargestellt.

3.1.1 Das "no-restraint" Prinzip

Aus England kam das "no-restraint" Prinzip, das GARDINER HILL (1811 - 1878) 1838 in London und CONOLLY (1794 - 1867) 1839 in Hanwell eingeführt hatten. Das neue Modell führte nicht nur zu einem völligen Verzicht auf mechanische Zwangsmittel, sondern vor allem zu einem veränderten menschlichen Verhalten zum Patienten. Güte, Geduld, Verständnis und Höflichkeit im Umgang mit den Kranken waren die

Voraussetzungen des "no-restraint" Prinzips. Anstelle der Zwangs- und Marterinstrumente, die Erregte besänftigen sollten, führte CONOLLY das Polsterzimmer ein. Das war ein Raum, dessen vier Wände und der Boden mit Polstern versehen waren, so daß sich niemand daran verletzen konnte (PANSE). In Deutschland wurde er unterstützt durch GRIESINGER, der 1861 eine Studienreise nach England unternommen hatte.

Auch in Düsseldorf wurde das "no-restraint" Prinzip bejaht, Zwangsmittel wurden möglichst wenig benutzt. PELMAN (1838 - 1916) von 1876 bis 1893 erster Direktor in Düsseldorf, hatte das Unwesen der Zwangsmittel in der Psychiatrie selbst noch erlebt. Seine ersten Erfahrungen in diesem damals noch ganz jungen Gebiet in der Medizin hatte er in Siegburg gemacht. JACOBI war gerade erst gestorben und HOFFMANN hatte seine Nachfolge angetreten. PELMAN schilderte seine ersten Eindrücke von Siegburg in seinen Memoiren "Erinnerungen eines alten Irrenarztes" sehr kritisch. Er berichtete von der "Nüchternheit und Schmucklosigkeit" der Irrenanstalt und der "unbestrittenen Sehenswürdigkeit der Tobabteilungen". Zwangsstuhl und Zwangsjacke waren sehr verbreitet. Am stärksten prangerte PELMAN immer wieder den verrohenden Einfluß dieser Zwangsmittel auf das Pflegepersonal an, für die z.B. Prügelstrafen fast zur Gewohnheit wurden. Ein besonders großes Unbehagen empfand PELMAN, wenn er an eine spezifische Therapieform der Siegburger Heilanstalt dachte: das Siegburger Siegel. Eine starke Quecksilbersalbe rieb man mehrmals täglich auf den kahlrasierten Schädel. So kam es zu schweren Entzündungen bis zur Auflösung des Knochens. Noch nach Jahren konnte man die von Siegburg nach Düsseldorf übernommenen Kranken an der tiefen Delle erkennen, die sie auf ihrem Schädel trugen. Derartige Verfahren lehnte PELMAN in der Anstalt Düsseldorf-Grafenberg ab.

In seinen Erinnerungen erschien im Kapitel Grafenberg allerdings wieder der Begriff "Tobabteilung". Das waren Einzelräume, die alle mit schönen Kachelöfen aus Porzellan ausgestattet waren, von denen nach ganz kurzer Zeit jedoch nur noch ein Trümmerhaufen übrig blieb. Doch das in den Siegburger Tobabteilungen übliche Lärmen, Schreien, Kreischen und Jammern gab es in der Düsseldorfer Anstalt selten; denn Zwangsstuhl und ähnliche Mittel wurden hier nicht benutzt. Auch die eisernen Gitter, die zu PELMANs Amtsantritt in Düsseldorf vor allen Fenstern zu finden waren, lehnte er von Anfang an ab.

3.1.2 Behandlung in offenen Abteilungen

Zu PELMANs Zeiten gab es kaum offene Abteilungen. Damals umfaßte das Gebiet der Anstalt ungefähr 22 ha. Davon waren 2,70 ha Gemüsegarten und 9,50 ha Ackerland. Später kamen noch 5 Gebäude und 13,50 ha Land hinzu. Diesen neuen Komplex nannte PELMAN seit dem 2. Juni 1882 "Colonie". Er schrieb darüber in einem "Bericht über die Rheinische Provinzial - Irrenanstalt Grafenberg in den Jahren 1876 - 1885." In dieser "Colonie" konnten 32 Kranke und 17 Handwerker wohnen. Diese Einrichtung war sehr beliebt bei den Patienten, und es war ein Vorzug, dorthin zu kommen. Es gab eigentlich keine Entweichungen aus der "Colonie", wie PELMAN schrieb, obwohl keinerlei Beschränkungen die Patienten daran hinderten. Dieses "koloniale System"war ein wichtiger Schritt zur Befreiung der psychisch Kranken (PANSE). Es gab den Patienten, die sich bei den einfachen Arbeiten in Landwirtschaft und Gärtnerei sehr wohl fühlten, größere Bewegungsfreiheit und Selbstverwaltung. Diese Entwicklung zum "open door" System in Düsseldorf wurde von JOSEF PERETTI (1852 - 1927), dem vierten Direktor der Anstalt, bevorzugt fortgeführt. Unter seiner Amtszeit vollzog sich der Wandel

von der Provinzial-Irrenanstalt zur Provinzial-Heil-und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg. PERETTI ließ von 1897 bis 1908 acht neue Häuser in der Düsseldorfer Klinik bauen, die fast alle offene Abteilungen waren (SIOLI). Unterbringung und Behandlung wurden an die neueren Erkenntnisse angepaßt. Er tat alles, "den Kranken möglichst viel Bequemlichkeit, Freiheit und Beschäftigung zu gewähren". Stolz stellte PERETTI 1895 in einem Vortrag vor dem "Hülfsverein für Geisteskranke" fest:

> " In unserer Anstalt haben nicht weniger als 70 bis 80 Kranke freie Bewegung und müssen sich nur an die Hausordnung halten."

Er meinte, daß dies genügt, um selbst Patienten mit den ausgesprochensten Wahnideen den nötigen Halt zu geben.

3.1.3 Isolierungsbehandlung

In den ersten Jahrzehnten der Anstalt stand die Isolierungsbehandlung im Vordergrund. Es gab Einzelräume, in die besonders stark verhaltensgestörte und erregte Kranke für die Dauer des stärker abweichenden Verhaltens abgesondert wurden. Schon PELMAN hatten die Gitterfenster gestört. PERETTI hat sie dann teilweise abreißen lassen. Auch alte Zellentrakte verschwanden unter seiner Leitung. Zu den Isolierungen hat er sich so geäußert:

> "Die Natur einiger Krankheitszustände bedingt es leider, daß eine Isolirung bei dem einen oder anderen Kranken nicht absolut umgangen werden kann - aber die Zahl der Isolirten ist geradezu verschwindend klein, es handelt sich nur um sinnlos wüthende und agressive Kranke. Solche Erregungszustände sind glücklicherweise nicht häufig und meist nur von kurzer Dauer, so daß Isolirungen von mehr als einigen Stunden zu den Seltenheiten gehören....."

In einem Bericht über "Die Rhein. Provinzial-Heil-und Plege-Anstalten" von 1904 steht unter allgemeiner Krankenbehandlung in Grafenberg, daß Isolierungen im Laufe der Jahre immer mehr zurückgegangen sind und bei den Männern in letzter Zeit sogar ganz fallengelassen wurden. Nur bei den Frauen, die häufig erregt und gewalttätig waren, ließen sich Isolierungen nicht vermeiden. Sie betrugen im Durchschnitt der letzten drei Jahre bei Tag 0,12 % des Krankenbestandes, bei Nacht 2,2 % .

3.1.4 Bettbehandlung

Ein weiterer entscheidender Wandel in der psychiatrischen Therapie trat durch die Bettbehandlung der akuten Psychosen ein, die seit 1889 in Düsseldorf erwähnt wird. Damit sollte die Anstalt an das Aussehen eines normalen Krankenhauses angeglichen werden. NEISSER, der dieser neuen Idee in Deutschland zum Durchbruch verholfen hatte, stellte fest, daß bei unruhigen, manisch erregten und sonstigen Psychosen eine bessere Beeinflussung der Bettpatienten möglich war.

Über den Anstieg der Bettbehandlung in Düsseldorf existieren genau Zahlenberichte aus den Jahren 1889 - 1901 in einer Aufstellung der "Rhein. Provinzial - Heil - und Plegeanstalten" von 1904. Während 1889 nur 5 % des Krankenbestandes durchschnittlich täglich im Bett lagen, waren es 1901 schon 25,6 %, d.h. ein Anstieg um mehr als das Fünffache in den dreizehn Jahren des Berichtzeitraums.

Mit der Bettbehandlung kam auch die Einführung der Wachsaalbehandlung in die Anstaltsorganisation. PERETTI ließ alte Zellentrakte abbrechen und große Zimmer einrichten, in denen mehrere

Betten nebeneinander standen. KRAEPELIN meinte 1918, daß sich dieser Typus des Wachsaals wohl kaum noch anders entwickeln könne. Durch die großen Räume wurde die Beaufsichtigung und Pflege von sehr vielen Patienten durch wenige Personen erleichtert. Es konnte Personal eingespart, bzw. besser eingesetzt werden. Ein Nachteil dieser Behandlungsform war, daß die Kranken keinen Platz hatten, wo sie ihr persönliches Eigentum aufbewahren konnten. Außerdem wirkten diese großen Säle wenig behaglich und wohnlich.

3.1.5 Physikalische Behandlungsmethoden

Eine andere Behandlungsart war die physikalische Therapie in Form von Beruhigungsbädern und Frischluftkuren, die im Ausgang des 19. Jahrhunderts in allen Anstalten Eingang fand. Dauerbäder waren Wannenbäder von 35 ^{o} C, die eine gleichmäßige Temperatur durch besondere Mischvorrichtungen erhielten. Jeder Wechsel der Temperatur war für die Kranken unangenehm und wurde vermieden. Wenn man diese Hydrotherapie mit den Wasserbehandlungen der früheren Zeit vergleicht, so läßt sich ein großer Unterschied der beiden Anwendungsarten klar erkennen. Früher wurde angeordnet, durch Verwendung kalten Wassers die Kranken zu erschrecken. Sturzbäder, Spritzbäder oder Duschen waren in erster Linie Strafmittel zur Erhaltung von Ruhe und Ordnung und weniger Therapieverfahren im eigentlichen Sinn (ADAM). Ganz anders wirkten die Dauerbäder. KRAEPELIN hat sich sehr für die sedierenden stundenlangen Bäder zur Behandlung unruhiger Kranker eingesetzt.

In Düsseldorf waren die Dauerbäder teils in Wachsälen, teils in bestimmten Badeabteilungen untergebracht. Es standen mehrere Wannen in einem Raum nebeneinander, die ständig unter Aufsicht blieben. Viele Patienten wechselten nur zwischen Bett und Bad. In einem Bericht vom Jahre 1904 wird festgestellt, "daß das Hauptgewicht auf hydrotherapeutische Maßnahmen, Diät und Beschäftigung gelegt wurde." In einem Zeitungsartikel 1911 wird ein Gang durch das Gelände der Düsseldorfer psychiatrischen Klinik beschrieben:

> " In vielen Wannenbädern der Anstalt fand ich unruhige Kranke vor, die sich dort recht wohl fühlten und vollständig apathisch meinen Eintritt entgegennahmen."

Zur gleichen Zeit wandte man feuchte Ganzpackungen an, die die gleichen Indikationen und Ergebnisse hatten wie die Dauerbäder. Eine Stationsschwester des Düsseldorfer psychiatrischen Krankenhauses MARIA HILGER, die diese Packungen und Wickelungen selbst noch vorgenommen hatte, beschreibt sie als nasse Jacken oder Tücher, in die die Patienten am ganzen Körper eingewickelt wurden. Um wunde Stellen zu vermeiden, wurde an jedem Arm und jedem Bein erst einzeln eine Bandage angelegt und dann wurden die Patienten vollständig eingepackt, so daß sie sich nicht mehr bewegen konnten. Dauerbäder und Ganzpackungen sind in Düsseldorf bis zu Einführung der Psychopharmaka benutzt worden. Die Dauerbäder, Bett- und Wachsaalbehandlungen brachten eine "bescheidene klinische Atmosphäre in die Abteilungen der akuten Kranken" (PANSE).

3.1.6 Arbeits- und Beschäftigungstherapie

In allen Anstalten kam damals unter den verschiedenen Arbeitsmöglichkeiten der Beschäftigung in der Acker- und Gartenwirtschaft

eine herausragende Bedeutung zu. Einmal wurde durch den Aufenthalt in der frischen Luft der körperliche Gesundheitszustand günstig beeinflußt. Das war wichtig, weil damals häufig Tuberkuloseepidemien die Anstalten heimsuchten. Zum anderen wirkte die Landarbeit anregend auf den Geisteszustand. An der schönen landschaftlichen Umgebung konnten sich die Kranken erfreuen. Zusätzlich brachte diese Beschäftigung etwas Geld in den Anstaltsetat.

Auch die Düsseldorfer Anstalt wurde auf dem Gelände eines landwirtschaftlichen Betriebes errichtet. Die Häuser S_1 - S_4 bildeten eine Kolonie für 50 männliche Kranke, die Garten- und Feldarbeiten verrichteten. (Lageplan im Bericht über die Rheinischen Provinzial - Heil - und Pflege-Anstalten Düsseldorf 1904 im Anhang p. 196) Schon 1877 hatte PELMAN gemeint:

> " In der Landwirthschaft beruht die ganze Zukunft unseres Irrenwesens und je mehr man an die Stelle von complicirten und zum Theil sogar ganz raffinirten Bauten einfache Colonien errichtet, ohne Schmuck und Zier, aber mit hinreichendem Ländereibesitz und mit der freiesten Bewegung, um so mehr wird ein großer und wesentlicher Fortschritt in der Irrenpflege zu verzeichnen sein."

Es gab eine Gärtnerei mit Treibhäusern, Viehzucht und Ackerbau.

Ein Teil der Kranken arbeitete in den Stallungen, auf den Feldern und in den Gärten in Kolonnen eingeteilt unter Aufsicht der Pfleger. Für die Arbeit erhielten die Kranken Extrazulagen und eine kleine Geldvergütung zur beliebigen Verwendung. Um 1900 konnte mehr als die Hälfte der Kranken zur Beschäftigung herangezogen werden. PERETTI berichtet 1895 dazu:

> " Beschäftigung ist für unsere Pflegebefohlenen ein wichtiges Kurmittel, in allen Anstalten spielt sie als solches die Hauptrolle .... Bei einem Gang durch die Anstalt sieht man überall fleißige Hände sich regen, beim Reinigen der Zimmer, in den Werkstätten, auf der Nähstube, in Koch =und Waschküche, beim Gemüseputzen, auf den Bureaux etc. etc. "

PERETTI glaubte, daß die zuträglichste und zweckmäßigste Arbeit für viele Kranke die auf dem Feld und in den Gärten sei.

Man hat in späterer Zeit von der Ausnutzung der Arbeitsfähigkeit der Kranken gesprochen. Auch das Wort "Ausbeutung" ist in diesem Zusammenhang geäußert worden. Doch waren dies sicher Ausnahmen. Ein Nachteil der damaligen Arbeitstherapie lag darin, daß nur der Teil der Kranken, der sowieso der Umgebung zugewandter war, in die Arbeits- und Beschäftigungstherapie mit einbezogen wurde. Dies änderte sich, als HERMANN SIMON die aktivere Krankenbehandlung ins Leben rief.

3.1.7 Arzneimittel

In der Behandlung der psychisch Kranken spielten auch die damals bekannten einfachen Arzneimittel eine Rolle. Dazu gehörten Opium, Äther, Alkohole und verwandte Verbindungen wie Chloralhydrat und Paraldehyd. Auch Tee, Brom und Morphium waren eingeführt. Das Chloralhydrat hatte LIEBREICH schon 1869 als Schlafmittel in seinen Behandlungsplan aufgenommen. Als erster hat KRAEPELIN eine wissenschaftliche Systematik verschiedener Pharmaka aufgezeichnet. 1883 veröffentlichte er eine Untersuchung "Über die Einwirkung einiger medikamentöser Stoffe auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge."

In Düsseldorf wurde Brom als leichtes Beruhigungsmittel bei Unruhe und leichten depressiven Erregungen verordnet. Auch bei der Epilepsiebehandlung wurde Brom angewandt. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren einige Schlafmittel in Pulverform gebräuchlich, wie z.B. Sulfonal, Trional, Medinal und Veronal und andere als Flüssigkeit wie Chloralhydrat und Paraldehyd. Morphium lehnte man als Schlafmittel ab (WEGENER).

Opium wurde in Form von Opiumkuren angewandt. In Düsseldorf sind diese Opiumkuren auch später noch sehr häufig verordnet worden. Dazu wurde, wie WEGENER berichtet, Tinctura opii simplex verwendet: 3 x 3 Tropfen ansteigend bis auf 3 x 20 Tropfen am Tag und dann wieder zurückfallend auf 3 x 3 Tropfen. Nach Meinung WEGENERs erzielte sie bei schweren Depressionen gute Erfolge. In der Therapie der großen Psychosen schätzte man das Hyoscianum hydrobromicum = Scopolamin sehr .

Alle diese einfachen Arzneimittel reichten jedoch bei weitem nicht aus, psychotische Erregungszustände allein durch Medikamente in befriedigender Weise zu dämpfen. Doch sie ermöglichten den Psychiatern der damaligen Zeit, auf viele der alten Zwangsmittel zu verzichten. Sie reichten zusammen mit den Dauerbädern aus, die erregten Kranken wenigstens für eine gewisse Zeit ruhigzustellen.

3.1.8 Psychotherapie

Im 19. Jahrhundert war die Psychotherapie allein eine Sache des Psychiaters (SCHRENK). Die Psychoanalyse SIGMUND FREUDS (1856 - 1936) setzte sich erst nach dem 1. Weltkrieg durch. In Düsseldorf wandten die Ärzte ein aktives, suggestives psychotherapeutisches

Verfahren an, das nach E. KRETSCHMER "Protreptik" genannt wird. Durch begütigendes Zureden zusammen mit energisch befehlender Verbalsuggestion und unter Zuhilfenahme von Apparaturen wie z.B. das Faradisieren erzeugten sie beim Kranken einen unangenehmen Effekt, der zum Verschwinden der Erscheinungen führte. WEGENER berichtet die Geschichte eines Patienten in Grafenberg, der nicht aufrecht gehen konnte und sich gebückt auf zwei niedrige Stöcke stützte. Nachdem man ihn untersucht hatte und kein Wirbelsäulenschaden vorlag, wurden seine Muskeln mit leichten Stromstößen gereizt. So konnte man ihn überzeugen, daß er ganz normal und aufrecht laufen konnte. Dann machte er mit dem Arzt einen Dauerlauf durch die Anstalt,damit jeder ihn sah, und er nicht mehr in sein altes Leiden zurückfallen konnte.

Kritisch stellte sich PERETTI zum Suggerieren verkehrter oder dem vorgetäuschten Krankheitsbild widersprechender Handlungen bei Simulanten. Er war der Ansicht, daß bei wirklich psychisch Kranken oft eine ausgesprochene Suggestibilität besteht, vor allem bei Hysterikern oder bestimmten Formen der Dementia praecox (PERETTI 1911).

Ebenfalls zur Psychotherapie zählt die Milieugestaltung, die bei PELMAN und PERETTI immer wieder hervorgehoben wird. PERETTI legte großen Wert auf einen freundlichen, familiären Ton, der den Patienten den Aufenthalt in der Anstalt möglichst leicht machen sollte. Er hatte ein besonders herzliches Verhältnis zu seinen Patienten. Trotz der großen Aufnahmezahlen kannte er alle persönlich und konnte sie individuell ansprechen und behandeln (Nekrolog 1927). Die Duisburg=Ruhrorter Zeitung beschrieb den prächtigen Blumenflor, die schönen Tagesräume und viele Bilder,

die beim Gang durch die Anstalt Düsseldorf-Grafenberg vorgefunden wurden. Diese freundliche Umgebung begünstigte Ausheilungen und unterstützte die übrigen Heilmaßnahmen, indem sie auf das überempfindliche Gemüt der Kranken wirkte.

3.1.9 Freizeittherapie

Von Anfang an hat man im Düsseldorfer psychiatrischen Krankenhaus der Freizeittherapie große Bedeutung zugemessen. Auf dem Programm standen regelmäßige Gesangsstunden und gesellige Zusammenkünfte. Konzerte, Theateraufführungen, Zaubervorstellungen und dgl. unter Mitwirkung eigener und fremder Kräfte wurden jedes Jahr mehrfach veranstaltet. Eine eigene Musikkapelle, die sich aus Anstaltsbediensteten und Patienten zusammensetzte, spielte bei den Tanzveranstaltungen auf (Bericht über die Rheinische Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Grafenberg).

PELMAN hatte bei seinem Abgang von der Düsseldorfer Klinik dem Krankenhaus eine Schenkung von 3000 Mark überwiesen. Aus dem Ertrag der Stiftung sollte den Kranken ein Sommerfest, das sogenannte Pelman-Fest, veranstaltet werden. Die Pelman-Stiftung ging zwar in der Inflation verloren, doch ihre Tradition lebt bis heute fort. Jedes Jahr im Sommer wird das "Pelman-Fest" gefeiert. In einem Bericht über die Anstalt Düsseldorf-Grafenberg von 1880 hebt PELMAN hervor, daß neben der Arbeit auch dem Vergnügen und der Erholung Berechtigung eingeräumt werden müssen. Denn einmal erlangt das Gemüt Anregung in der Freude und weiterhin geben die gemeinsamen Feste Kranken und Gesunden das Gefühl der Zusammengehörigkeit. Schon Wochen vorher bildete auf allen Abteilungen in Düsseldorf das "Pelman-Fest" den hauptsächlichen und willkommenen Gesprächsstoff. Die meisten Kranken halfen bei den Vorbereitungen.

Festplatz ist bis heute der Anstaltsgarten, in dem Buden, Spiele und Tanzvergnügungen stattfinden. In der Anfangszeit der Anstalt wird in Beschreibungen über das "Pelman-Fest" nie etwas von dem öffentlichen Interesse und dem breiten gesellschaftlichen Rahmen erzählt, den dieses Fest in der heutigen Zeit einnimmt.

Die Duisburg=Ruhrorter Zeitung berichtete 1911 von dem schönen Gesellschaftshaus mit geräumigem Saal für etwa 250 Personen und einer Bühne. Darin fanden Konzerte und Ehrungen von Jubilaren statt, Erntefeste, Weihnachtsfeiern, Tanzabende etc. Seit 1922 gibt es den Theaterverein Frohsinn (Festschrift zum 15jährigen Bestehen, 1937). Spielfreudige Persönlichkeiten der Anstalt Düsseldorf-Grafenberg bemühten sich, "den Gemeinschaftsgeist zu pflegen und die Kunst nutzbar zu machen zur Erweckung von Freude bei kranken und gesunden Zugehörigen der Anstalt Grafenberg, bei ihren Familien und der Nachbarschaft."

Neben diesen kulturellen Ereignissen wurden auch andere Unternehmungen geplant, die das Anstaltsleben abwechslungsreich gestalteten. Häufig traf man sich zu Spaziergängen und Ausflügen in die Umgebung Düsseldorfs. Sie dienten ebenso der Ablenkung der Kranken von ihren Krankheitserscheinungen wie auch der Kontakterleichterung zur Welt außerhalb der Anstalt, in der sich die Patienten nach der Entlassung wieder zurecht finden mußten.

3.2 Rehabilitationseinrichtungen

Das Problem der sozialen und beruflichen Rehabilitation und Fürsorge fand früh Eingang in die Psychiatrie. Schon bald nach Er-

richtung der Anstalt Düsseldorf-Grafenberg wurde der Hilfsverein für Geisteskranke gegründet. Etwas später folgten die Einrichtungen der Familienpflege und der Außenfürsorge in Düsseldorf .

3.2.1 Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz

Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz geht auf eine "Unterstützungskasse" für Vergnügungen der psychisch Kranken in der Anstalt Siegburg und zur Unterstützung Entlassener zurück. Diese bestand seit 1890 und wurde durch freie Gaben von Freunden und abgehenden Kranken oder deren Verwandten getragen. 1852 gründete man in Siegburg eine Kasse, die ausschließlich entlassene Patienten unterstützte (HERTING, 1870). Die fünf neuen Anstalten in der Rheinprovinz,die den Platz Siegburgs eingenommen haben, bekamen die Anteile dieser Unterstützungskasse ausgezahlt. Doch nach der Aufteilung blieb nur je ein Zinsbetrag von 92,63 Mark übrig. Die Stiftung der Düsseldorfer Witwe SCHRAMM brachte zusätzlich 5000 Mark. Dieser Betrag diente als Gründungskapital für den 1884 gegründeten "Hülfsverein für Geisteskranke" im Regierungsbezirk Düsseldorf. BROSIUS (1825 - 1910) hatte 1883 in der Versammlung der rheinischen Irrenärzte einen Antrag zur Gründung eines "Vereins zum Schutz der Irren" erfolglos gestellt. In vielen Schriften hatte er auf die Notwendigkeit eines Hilfsvereins hingewiesen. PELMAN, der vorher als Direktor der Anstalt Stephansfeld die Vorteile des "elsässischen Hilfsvereins" kennengelernt hatte, war, seitdem er die Düsseldorfer Klinik leitete, um die Gründung eines solchen Vereins bemüht. Am 1. Juli 1884 erließ er einen diesbezüglichen Aufruf. Nach PELMANs Meinung hatte die Fürsorge für die Entlassenen mit der rapiden Entwicklung des Anstaltswesens nicht Schritt gehalten.

Am 24.11.1884 konnte die erste Hauptversammlung des "Hülfsvereins für Geisteskranke" einberufen werden. Damit waren die Bestrebungen BROSIUS wenigstens teilweise erfüllt. Der zweite Bericht des "Hülfsvereins" bewies, daß sich PELMAN nicht vergebens an den Wohltätigkeitssinn des Regierungsbezirkes Düsseldorf gewandt hatte; denn der Rechnungsabschluß ergab einen Bestand von 9 636 Mark. So hatte z.B. ein großes Gartenfest, das am 9. Juli 1884 mit Karrussel, Schaubuden und anderen Sehenswürdigkeiten veranstaltet worden war, einen Reingewinn von 1000 Mark eingebracht. Die Höhe dieser Geldbeträge wird deutlich, wenn man berücksichtigt, daß die damalige Goldmark heute nur noch einen Wert von 0,20 DM besitzt. 1886 schrieb PELMAN:

> " Als einen Hauptvortheil des Hülfsvereins sehe ich es an, daß er uns neben reichlichen Geldmitteln auch die Gelegenheit bietet, mit allen Orten unseres Regierungsbezirkes in regen Verkehr zu treten, und durch die Gewinnung von Vertrauensmännern auch den Kranken außerhalb der Anstalt mit Rath und That dauernd zur Seite stehen zu können."

PELMAN hatte erkannt, daß bei einem großen Teil der psychisch Kranken die Ursachen der Erkrankung in den beschränkten häuslichen Verhältnissen zu suchen waren. Die geldliche Unterstützung sollte den Entlassenen über die erste Not hinweghelfen. Daneben half der Verein gegen Vorurteil, Mißtrauen und Unverständnis in der Umwelt des Kranken anzukämpfen, indem er überall Vertrauensmänner gewann, die sich des Entlassenen annahmen. Weitere Vorteile des Hilfsvereins sah PELMAN in der Gewinnung von gutem Pflegepersonal. Durch die Vertrauensmänner konnte zur rechten Zeit und in geeigneter Weise auf die Anstalten als Arbeigeber aufmerksam gemacht werden (PELMAN).

Der Anstieg der Mitgliederzahlen von 306 auf 1412 im Jahre 1900 zeigte, daß sich der Verein unter PELMANs Nachfolgern mit großem Erfolg entwickelte. Die Zahl der jährlich unterstützten Personen

kletterte von 23 auf 168, und bis Ende 1900 wurden 22 300 Mark an Unterstützung gezahlt. Der von BROSIUS am 16.6.1900 gestellte Antrag, einen Hilfsverein für ganz Rheinpreußen zu gründen, wurde am 24. 11. 1900 endgültig beschlossen. Am 2. 2. 1901 ging der alte Hilfsverein für den Regierungsbezirk Düsseldorf im Hilfsverein für die Rheinprovinz auf, der jetzt 1500 Mitglieder umfaßte. Nach den Satzungen waren Sitz und Kasse in der Düsseldorfer Klinik unter Vorsitz des jeweiligen Anstaltsdirektors. PERETTI war somit erster Vorsitzender des Hilfsvereins für die Rheinprovinz, dessen Ziele er erweitern und zu glänzenden Erfolgen führen konnte (PERETTI, Nekrolog). Hauptaufgaben des Vereins, für die sich PERETTI besonders einsetzte waren:

1. Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Krankheiten und psychiatrische Krankenhäuser.
2. Fürsorge für psychisch Kranke außerhalb der Klinik
3. Erweckung und Erhaltung des Interesses der Vereinsmitglieder am Verein und an seinen Zielen.

1903 war die Mitgliederzahl bereits auf 5432 angewachsen. 1904: 6392, 1905: 7845 (jeweilige Jahresberichte des Hülfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz). PERETTI hat immer wieder darauf aufmerksam gemacht, daß der Verein vor allem den Entlassenen die Wege ebnen sollte, damit sie ihre früheren Berufe wieder ergreifen konnten, ihre Verhältnisse ordnen oder neue Arbeit finden konnten. Zur Rechtfertigung gegen städtische Behörden, die der Ansicht waren, die Armenverbände hätten für die psychisch Kranken zu sorgen, verkündete PERETTI:

> " Unser Verein will ja gerade dort eintreten, wo gesetzliche Verpflichtungen der Kommunalverbände nicht vorliegen."

1901 wurden 4281 Mark Unterstützungsgelder ausbezahlt, 1902 waren es 7919 Mark, 1903: 9874 Mark, 1904: 10 020 Mark, 1905: 12 561 Mark. Die meisten Unterstützungen erhielten die aus den Anstalten austretenden Kranken (5. Jahresbericht). PERETTI nahm 1905 Fühlung mit anderen Hilfsvereinen auf. Im gleichen Jahr trat der Hilfsverein für Geisteskranke dem rheinischen Verband gegen den Mißbrauch geistiger Getränke bei. Seit 1911 war PERETTI bemüht, die Einrichtung von Fürsorgestellen für Geisteskranke auf allen Vereinssitzungen zum Verhandlungsgegenstand zu machen. Der 1. Weltkrieg ließ die Werbearbeit des Hilfsvereins in den Hintergrund treten. Seine Kapitalien wurden zur Kriegsanleihe verwendet. Durch die Geldentwertung waren am Schluß nur noch 310 Mark übrig geblieben, die für die dringensten Porto und Druckkosten ausgegeben wurden. Doch seit 1925 wuchs die Mitgliederzahl wieder, und es ging finanziell bergauf.

3.2.2 Außenfürsorge

Die Außenfürsorge war ein weiterer Bestandteil der sozialen Psychiatrie. Sie ermöglichte durch Vermittlung der zuständigen Wohlfahrtsämter, daß die Anstaltspatienten nach der Behandlung in einer Sprechstunde durch einen Facharzt beraten oder an bestimmten Tagen in ihren Wohnungen aufgesucht wurden.

Im Winter 1921 wurde am Wohlfahrtsamt der Stadt Düsseldorf eine Fürsorgestelle für Geisteskranke eingerichtet. Der Oberarzt Dr. GELLER führte einmal in der Woche eine Beratungsstunde durch (alte Chronik). Im Februar 1922 erwähnte der Chronist die Besichtigung der Anstalt durch 25 Fürsorgeschwestern des Wohlfahrtsamtes. GELLER unterrichtete sie über abnorme geistige Zustände und Fürsorge Aufgaben.

3.2.3 Familienpflege

Die Familienpflege galt damals allgemein als eine fortschrittliche Form der Sozialtherapie. Der Patient war in einer geeigneten Familie gegen entsprechende Bezahlung untergebracht und stand dabei unter anstaltsärztlicher Betreuung.

In Düsseldorf wurde die Familienpflege zum ersten Mal im Juli 1928 in der alten Chronik der Anstalt erwähnt. Landesmedizinalrat Dr. WIEHL lehnte die Einführung der Familienpflege zu diesem Zeitpunkt in Düsseldorf ab. Zur Begründung hieß es, er hätte sich selbst Familien angesehen, die ihm nicht geeignet schienen, psychisch Kranke aufzunehmen. Erst viel später nach dem 2. Weltkrieg gelang es,in Düsseldorf eine erfolgreiche Familienpflege einzurichten.

4. Entwicklung der Therapie von der Einführung der Fiebertherapie 1917 bis zur Einführung der Psychopharmaka 1952

4.1 Grundlegende Entwicklungsstufen

Die Zeit nach dem 1. Weltkrieg mit Personalmangel und allgemeiner Not und Hunger brachte wie überall so auch in der Düsseldorfer psychiatrischen Klinik zahlreiche Änderungen. Vielen Patienten fehlte es an der richtigen Nahrung, so daß sie an Mangelerscheinungen starben. Wichtig ist der Hinweis, daß trotz des Schlagworts von der Kriegspsychose die endogenen Psychosen sich nicht

vermehrt haben (PERETTI, 1917; SIOLI, 1927). Der Krankenbestand hatte 1900: 566 Personen umfaßt, 1920 waren es entsprechend der allgemeinen Entwicklung 746. Diese Zahl blieb bis 1925 ungefähr konstant und erreichte 1928 die Zahl 1000.

4.2 Zeitbezogener Erkenntnisstand

Vorbereitend für alle neuen Behandlungsarten, die mit der Einführung der Fiebertherapie einsetzten, war die Hinwendung der Psychiater zur strengen hirnanatomischen, histologischen, psychologischen, serologischen Forschung. Die Düsseldorfer psychiatrische Klinik bot hierfür besondere Vorteile. Einmal waren genügend verschiedenartige Krankengruppen durch die große Patientenzahl vorhanden, zum anderen war die Möglichkeit zum wissenschaftlichen Arbeiten durch das Ordinariat für Psychiatrie gegeben. FRANZ SIOLI (1882 - 1949) verstand es ,diese beiden Richtungen in der Psychiatrie zu verquicken und zu nutzen. Sein Hauptanliegen war die Verbesserung der hoffnungslosen Lage der Paralysekranken, die in der Zahl der Todesursachen in der Düsseldorfer Klinik an der Spitze lagen. (Nach einem Bericht von 1904 starben im Zeitraum vom 1. Juli 1876 bis 30. Juni 1901 in der Anstalt Düsseldorf 708 Patienten an Paralyse.) Auch FRIEDRICH PANSE (1899-1973) hatte von 1955 bis 1965 in Personalunion das Direktorat des Landeskrankenhauses und den Lehrstuhl für Psychiatrie inne.

Die ersten Schritte, das psychopathologische oder zerebrale Grundgeschehen therapeutisch zu beeinflussen, begannen mit der serologischen Sicherung der Lues in Liquor 1906 (WASSERMANN, PLAUT) und mit dem Nachweis der Spirochäten im Gehirn eines Paralytikers 1913 durch NOGUCHI und MOORE.

4.2.1 Spezielle Therapieformen

4.2.1.1 Fieber- und Chemotherapie der progressiven Paralyse

Der Wiener Psychiater JULIUS WAGNER VON JAUREGG (1857 - 1940) führte 1917 die Malariatherapie der progressiven Paralyse ein. Die Anregung zum Beschreiten dieses Weges boten klinische Beobachtungen, daß Infektionskrankheiten, die zufällig im Laufe von psychischen Erkrankungen auftraten, heilende Wirkungen auf die Geisteskrankheit ausübten (WAGNER-JAUREGG). WAGNER-JAUREGG teilte die Behandlungsmethoden der progressiven Paralyse in spezifische (mit Salvarsan, Quecksilber, Jod-Anwendungen) und nicht spezifische (akute Infektionskrankheiten, die die Paralyse günstig beeinflussen) ein. 1918 beschrieb er die Impfung dreier Patienten mit progressiver Paralyse mit dem Blut eines an Malaria tertiana Erkrankten, die bei allen Paralytikern erfolgreich war.

In Düsseldorf hat sich SIOLI um die Einführung der Fiebertherapie verdient gemacht. Bereits 1920 schrieb er "Über die Behandlung der progressiven Paralyse mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat." 1924, als er schon Ordinarius für Psychiatrie an der Medizinischen Akademie Düsseldorf war, veröffentlichte er zum Thema "Infektionstherapie mit Recurrens und Malaria". 1925 folgte "Salvarsantherapie der progressiven Paralyse". Hier nimmt er auch zu WAGNER-JAUREGGs unspezifischen Therapiemethoden der Paralyse Stellung. Er berichtete, daß die Wiener Schule die Malariatherapie stets mit Salvarsanbehandlung kombinierte, indem als Nachbehandlung der Malariainfektion an drei aufeinanderfolgenden Tagen zweimal 0,5 Chinin innerlich und intravenös Neosalvarsan in

wöchentlichen Intervallen je 0,3; 0,45; dann viermal 0,6 gegeben wurde.

1926 veröffentlichte SIOLI Untersuchungen über die Impfmalaria, die seit 1925 in Düsseldorf mit Plasmochin erfolgreich behandelt werden konnte. Ebenfalls 1926 berichtete er"über die Behandlung von Paralyse und Tabes vom klinischen Standpunkt aus." Für die J.G. Farbenindustrie prüfte SIOLI eine Weiterentwicklung des Plasmochins, das Atebrin. Seine Versuche begannen im Juli 1930. 1932 berichtete er, daß mit einer dreitägigen Gabe von 3 x 0,1 g pro die = 0,9 g Atebrin eine zuverlässige Kupierung erzielt werden konnte. SCHADEWALDT hat in seiner Arbeit über die "Einführung des Atebrin in den Arzneischatz" die Verdienste SIOLIs um die Behandlung der Impfmalaria gewürdigt.

In der alten Chronik der Düsseldorfer Anstalt wird 1933 zum ersten Mal die Anopheleszucht erwähnt. Die Anopheles-Mücke sollte die Malariaübertragung auf viele Patienten ermöglichen. Es wurde ein Insektorium d.h. ein Mückenstall gebaut. Als wissenschaftliche Assistentin wurde ORTRUD VOLLMER eingestellt, die schon Erfahrungen auf dem Gebiet der Malariaübertragung mit Anopheles-Mücken gesammelt hatte. SIOLI, KENTENICH und VOLLMER veröffentlichten 1936 ihre Untersuchungen über die Anopheleszucht und die Malariabehandlung der Paralytiker mit der Anopheles-Mücke. In der Düsseldorfer Klinik baute man einen Mückenstall, der teilweise beheizt wurde, um eine gleichmäßige Temperatur für die Mückenzucht zu erhalten. Die Zucht der Anopheles begann im November 1933 unter Obhut von O. VOLLMER. Von den vier verschiedenen Anophelesstämmen überlebte nur Anophe-

les - maculipennis atroparvus. Die zur Zucht benötigten Mücken fing man in den Schweineställen der Umgebung. Sie wurden mit Blut ernährt. Zunächst indem O. VOLLMER ihren Arm in den Stall hielt und die Mücken saugen ließ. Später diente ein Ferkel als Blutlieferant für die Insekten. Die Anopheles - Mücken legten ihre Eier auf bestimmte Schalen mit Regenwasser, aus denen sie auf Zuchtschalen übertragen wurden. In einem Brief SIOLIs an O. VOLLMER 1936 nach Argentinien, wo diese sich inzwischen aufhielt, berichtete SIOLI:

> " Im Mückenstall haben wir, gewitzt durch Ihre letzte Erkrankung, die Arbeit an den infizierten Tieren nur noch in langen Gummihandschuhen eingerichtet, haben einen Fön angeschafft, um durch einen sanften Gegenstrom das Entweichen von Mücken zu verhindern oder ihnen beim Umlogieren durch einen stärkeren Strom Antrieb zu geben und haben in die größeren Käfige Glas- oder Zellophanscheiben eingebaut."

SIOLI und Mitarbeiter entwickelten eine Methode der Infektion der Anopheles vom tertianakranken Paralytiker und Infektion des Paralytikers über die Anopheles-Mücke. Durch diese Vereinfachung der Fiebertherapie durch die Anopheleszucht war eine Behandlung der progressiven Paralyse im großen Stil möglich geworden. Die Fiebertherapie war die erste wissenschaftliche somatische Therapie in der Psychiatrie und gehört zu ihren größten therapeutischen Erfolgen. Die progressive Paralyse, die damals im Mittelpunkt psychiatrischer Forschung und Praxis stand, da es meist Paralytiker waren, die als Dauerpatienten die Anstalten füllten, war jetzt erfolgreich zu bekämpfen.

4.2.1.2 Aktivere Krankenbehandlung

Einen weiteren Fortschritt in der Behandlung der psychisch Kranken

brachte die "aktivere Krankenbehandlung"nach HERMANN SIMON (1867 - 1947) Er war nicht der Schöpfer der Arbeitstherapie, hat sie aber am konsequentesten als Leiter der Landesheil- und Plegeanstalt Gütersloh in Westfalen verwirklicht (SCHULTE). Es war eine schwierige Situation, die HERMANN SIMON zum Gedanken der aktiveren Krankenbehandlung führte, und zwar das völlig ungeordnete, halb aufgebaute Anstaltsgelände der 1905 nach seinen Plänen errichteten Anstalt Warstein. Da die ersten Patienten schon eingetroffen waren und in ihren Betten saßen, versuchte er sie aktiv in den Aufbau des Klinikgeländes miteinzubeziehen. Da diese Kranken erfolgreich mit arbeiteten,wagte er es,auch unruhige und störende Patienten einzubeziehen. So waren schließlich 90 % der Kranken regelmäßig beschäftigt. Nicht nur das Gelände veränderte sich günstig, auch die Patienten wurden ruhiger und geordneter. Gewalttätigkeiten und Stumpfheit, die besonders durch Hospitalisierung und Nutzlosigkeit gefördert wurden, verschwanden bald aus dem Anstaltsbild.

SIMON stufte seine Beschäftigungsarten in ein Leistungssystem ein, in das jeder nach seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten, die für seine Persönlichkeit beste Arbeit finden konnte (PANSE). Der größte Erfolg von SIMONs "aktiveren Behandlung" lag,wie er selbst betonte,in der "veränderten Grundeinstellung zur Geisteskrankheit". Der Kranke faßte wieder Zutrauen, wurde selbstständiger und selbstverantwortlicher. SIMON gelang es,die Grundlagen für einen neuen therapeutischen Aktivismus zu legen.

JOHANNES HERTING (1863 - 1930), der vom 10.7.1923 bis zum 27.3. 1930 Direktor der Düsseldorfer Anstalt war, sagte über Simon:

" Er hatte wie viele andere erkannt, daß in den letzten Jahrzehnten, besonders durch die übertriebene Anwendung der Bettruhe und der Dauerbäder eine Art Trägheit eingerissen war, das es für Ärzte und Personal notwendig war wieder in engere, wärmere Beziehungen zu den Kranken zu kommen. SIMON hat uns gezeigt, daß es notwendig und möglich ist, in dem Kranken wieder die Persönlichkeit zu sehen, nicht nur ein Objekt, mit dessen Körperpflege und Abfütterung die tägliche Arbeit erledigt ist."

SIOLI äußerte sich zwar auch positiv, doch etwas kritischer zu SIMONs aktiveren Therapie. Er meinte, es sei das Verdienst von SIMON, diesem Heilfaktor einen neuen Schwung und eine konsequente Verwendung gegeben zu haben. Als Wirkungen der aktiveren Therapie hob SIOLI die Ablenkung des Kranken von seinen Krankheitserscheinungen und die Erzielung eines geordneten Verhaltens hervor. Er warnte jedoch davor, den Blick für den Wert der anderen Behandlungsarten durch den großen Nutzen der systematischen Beschätigungstherapie zu trüben. Der Landesmedizinaldirektor Dr. WIEHL aus Düsseldorf berichtete 1926 von seinem Besuch bei SIMON in Gütersloh. Er bestätigte, daß beinahe alle Patienten dort einen verhältnismäßig geistig freien und frischen Eindruck machten. Auch würden sich mit dieser Therapie die Entlassungsmöglichkeiten günstiger gestalten. Jedoch auch WIEHL lehnte die "beinahe völlige Ausschaltung der Bettbehandlung für frisch geistig Erkrankte" ab.

HERTING, der sich schon als Leiter der Galkhausener Anstalt - heute Rheinisches Landeskrankenhaus Langenfeld - für die aktivere Behandlung der psychisch Kranken eingesetzt hatte (HERTING, 1912), setzte sein Wirken in der Arbeits- und Beschäftigungstherapie in Düsseldorf fort. Die Chronik erwähnte die Intensivierung der Arbeitstherapie z.B. durch Knüpfen und ähnliche handwerkliche Tätigkeiten 1924 zum ersten Mal. HERTING informierte sich im Oktober

1925 in Gütersloh über die SIMONschen arbeitstherapeutischen Fortschritte (alte Chronik). Er ließ eine große Zahl neuer Einrichtungen für die Arbeits- und Beschäftigungstherapie in Düsseldorf errichten. Die Chronik berichtete darüber:

"Mitte August 1926	Umbau der Schreinerei und Modernisierung
Ende September 1926	Beginn der Tütenarbeiten für die Firma Frölke, Dortmund
Mitte April 1927	Lieferung der ersten Möbel der Anstaltsschreinerei etc."

Ein weiterer Beweis für die Intensivierung der Arbeitstherapie in Düsseldorf ist eine Fotomappe von 1930, die unter dem Titel "Behandlung von Kranken" viele Fotos von Patienten bei der Arbeit enthält. Etwa beim Korb- und Stuhlflechten, das zum größten Teil von halbseitig gelähmten Kranken durchgeführt wurde. Einige Bilder zeigen das Garnwickeln, bei dem fünfzehn Männer um einen langen Tisch sitzen und Rollen und Garn vor sich liegen haben. Auf einem anderen Foto sind Frauen in der Nähstube, entweder an der Nähmaschine oder beim Wäschesortieren abgebildet. Das letzte Bild zeigt einen Patienten der Kühe mit Rüben füttert.

Ein Zeitungsausschnitt aus der Morgen-Zeitung vom 7. 2. 1926 schilderte sehr genau die damals vorhandenen arbeitstherapeutischen Möglichkeiten in Düsseldorf. Es gab eine Schlosserei, Schreinerei, Anstreicherei, Korbflechterei, eine Schuhmacher- und Schneiderwerkstatt. Ein Teil der Patienten nähte Knöpfe an Pappdeckel oder knotete Bindfaden. Der Journalist schrieb dazu, daß diese Beschäftigung nicht als Arbeit angesehen wurde, sondern nur als Mittel, die Kranken vom Grübeln abzulenken. Sehr viele Patienten waren in Gärten und auf dem Gutshof tätig. Es wurde eine große landwirtschaftliche Fläche von ihnen bearbeitet. Diese planmäßige

Aktivierung verlangte einen erheblichen Einsatz von Ärzten und Pflegepersonal. Nur an Sonn- und Feiertagen sowie an Besuchstagen ruhte die Arbeit.

4.2.1.3 Dauerschlafbehandlung

Eine zusätzliche Erweiterung in der Behandlung funktioneller Psychosen gelang JAKOB KLÄSI , der 1922 die Dauerschlafbehandlung in die Psychiatrie einführte. Vorher hatten WOLFF 1901 Trional und EPIFANIO Luminalnatrium einzusetzen versucht. Doch erst KLÄSI konnte Erfolge auf diesem Gebiet nachweisen und die verschiedenen Anwendungen der Dämmerschlafbehandlung modifizieren. Er stellte das Somnifen als Mittel der Wahl heraus. Über die besten Resultate wurde bei manisch depressiven Psychosen berichtet. Nach KLÄSI sollte die Dauerschlafbehandlung die "Grundlage für eine Aufschließung und Umstimmung" der Patienten schaffen. Daneben beruhigte sie bei schweren Agitiertheiten vor allem bei Angstzuständen, indem der Teufelskreis zwischen Affekterregung, psychomotorischer Tätigkeit und weiter gesteigerter Affekterregung einfach unterbrochen wurde(KLÄSI).

Auch in Düsseldorf fand die neue Dauerschlafbehandlung großes Interesse. SIOLI hatte einen Artikel von KLÄSI zu diesem Thema bereits im Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie besprochen, auf den KLÄSI 1922 hinwies. SIOLI ließ 1939 eine Dissertation über die Dämmerschlafbehandlung im Hinblick auf ihre Verwendung bei Schizophrenie und Depression anfertigen. Der Verfasser dieser Dissertation(HANS NORPOTH) kam nach einigen empirischen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß der Erfolg des Dauerschlafs auf somatischer Grundlage beruht und widersprach damit der mehr psychologischen Auffassung von BLEULER und KLÄSI. Gleichzeitig

warnte er vor blinder Anwendung der Schlaftherapie. Vor jeder Dauerschlafkur in der Düsseldorfer Klinik unterrichtete man die Patienten über alle Gefahren. Das Schema der Somnifen - Schlafkur aus Unterlagen von SIOLI sah eine Fünf-Wochen-Kur vor:

S o m n i f e n - S c h l a f k u r

1. Woche	3 mal 5 Tropfen Somnifen 1 " Mixt. nervina abds: 0,05 Luminal
2. Woche	3 mal 10 Tropfen Somnifen 2 " Mixt. nervina abds: 0,1 Luminal
3. Woche	3 mal 15 Tropfen Somnifen 3 " Mixt. nervina 2 " 0,1 Luminal
4. Woche	3 mal 10 Tropfen Somnifen 2 " Mixt. nervina abds: 0,1 Luminal
5. Woche	3 mal 5 Tropfen Somnifen 1 " Mixt. nervina abds: 0,05 Luminal

Bei dieser Kur lagen die Patienten in ruhigen Zimmern. Zu den Mahlzeiten wurde der Schlaf durch Anruf oder Schütteln unterbrochen. Starke Gewichtsabnahmen kamen nicht vor. Eine seltene Komplikation beim Dauerschlaf war das Koma, dessen Ursache nicht geklärt werden konnte.

4.2.1.4 Insulintherapie

Trotz therapeutischer Risiken war die Dauerschlafbehandlung eine entscheidende Neuerung in der Schizophreniebehandlung, die jedoch schon bald durch eine noch eingreifendere Behandlungsmethode, die Insulintherapie, in den Hintergrund gedrängt wurde. MANFRED SAKEL (1900 - 1957) hatte seine Entdeckung durch Zufallsbeobachtungen gemacht, indem er, wie viele andere, Rauschgiftsüchtige mit Insulin behandelte. Dabei traten schwere Komazustände in Form von "Insulinschocks" auf (VON BAEYER). SAKEL bemerkte die schnelle und günstige Umwandlung der Persönlichkeit des Süchtigen. Durch diese Entdeckung wandte er hypoglykämische Zustände auch bei psychotischen Erregungszuständen mit Erfolg an. 1933 veröffentlichte er sein Verfahren progressiver Insulinierung, das nur durch Sondenfütterung unterbrochen wurde. Die schizophrenen Psychosen waren das Hauptanwendungsgebiet der Insulintherapie, auf zyklothyme Depressionen hatte sie keinen, auf Manien nur einen geringen Einfluß (VON BAEYER).

Nach Auskunft WEGENERs wurde die Insulintherapie seit 1935 in der Düsseldorfer Klinik praktiziert. Sie war personell sehr aufwendig, da ständig ein Arzt zur Überwachung der Komapatienten anwesend sein mußte. Im 2. Weltkrieg war die Versorgungslage mit Insulin sehr angespannt. Darum ordnete der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten am 24. Januar 1942 an, daß keine neuen

Insulinkuren zur Schizophrenenbehandlung mehr eingeleitet werden dürften. Als Begründung wurden die Unentbehrlichkeit des Insulins für Diabetiker und die Anwendungserfolge anderer Methoden wie z.B. Elektroschocks angegeben. Doch auch nach dem Krieg warnte man vor einer kritiklosen Anwendung der Insulinkur, einmal weil sie mit erheblichen Gefahren verbunden war, zum anderen weil sie relativ kostspielig war. Nach einer Aufstellung des Landeskrankenhauses Düsseldorf vom 6. 4. 1950 benötigte man damals für eine Kur:

1. Insulin "Novo" 1 Ampulle hat 400 E = 2,70 DM,
   Frauen benötigten 7000 E, Männer 9000 E
2. Rohrzucker ca. 10 kg = 11,- DM
3. Traubenzucker ca. 4 kg = 16,- DM
4. Sonstige Medikamente = 5,- DM

Die Zahl der Patienten, die in Düsseldorf mit einer Insulinkur behandelt wurden, geht aus Aufzeichnungen für den Landschaftsverband Rheinland vom 21. 9. 1962 hervor: 1950 : 18 Patienten, 1951: 40 Patienten, 1960 : 40 Patienten, 1961 : 34 Patienten. Nach Aussage PANSEs 1972 sind insgesamt 600 schizophrene Patienten in Düsseldorf einer Insulinkur unterzogen worden. Während der Kur blieben die Kranken dauernd im Bett.

Seit August 1950 begann der Aufbau einer speziellen Insulinstation in Düsseldorf (PANSE). Diese Station wurde nach dem Umbau des Männerhauses 1 dort im ersten Stock eingerichtet (Chronik der Anstalt Düsseldorf 1943 - 1955). Sowohl Aufwand als auch Risiko ließen sich durch eine zentrale Insulinstation mit dem eigens dafür abgestimmten klinischen Behandlungsapparat wesentlich verbessern. Die Insulinabteilung wurde später in dem Anbau der neuen Aufnahmeklinik untergebracht. Dort blieb sie bis zu ihrer Auflösung März 1968 (PANSE).

4.2.1.5 Cardiazolbehandlung

Kurze Zeit nach SAKELs Entdeckung entwickelte LADISLAUS J. MEDUNA (1896 - 1965) in Budapest die Cardiazol Schocktherapie. Seine 1934 begonnenen Versuche über die Behandlung von Schizophrenie mit künstlich erzeugten epileptischen Krämpfen wurden 1935 veröffentlicht (KALINOWSKY, HOCH, übersetzt von KRANZ und VIEFHUES 1952). MEDUNAs Idee war die Wirkungen zu nutzen, die Krampfanfälle auf den schizophrenen Krankheitsprozeß haben. Er wollte keine neue medikamentöse Behandlung der Geisteskrankheiten einführen. Er injizierte Cardiazol, ein synthetisches Kampferpräparat, das 3 bis 30 Sekunden nach der intravenösen Injektion Krampfanfälle auslöste. Ein großer Nachteil dieser medikamentösen Krampfbehandlung war die Angst, die den Patienten zwischen Injektion und Krampfbeginn befiel. Es war ein starkes Vernichtungsgefühl, das der Kranke deutlich spürte, solange der Krampf noch nicht eingetreten war (KALINOWSKY, HOCH).

In der Düsseldorfer Klinik wurde von der Anwendung des Cardiazols ausschließlich während eines hypoglykämischen Zustands berichtet. So konnte die Furcht vor der Behandlung vermieden werden. Man verabreichte eine 10 %ige Cardiazollösung, Männer erhielten 150 ccm, Frauen 100 ccm. Nach Aussage WEGENERs wurde Cardiazol als Krampfmittel nur selten in Düsseldorf eingesetzt. 1950 wurden 4 Männer und 2 Frauen mit Cardiazol behandelt.

4.2.1.6 Elektrokrampfbehandlung

Im Vordergrund der psychiatrischen Schocktherapie stand die Elektrokrampfbehandlung, die durch UGO CERLETTI (1877-1963) und

LUCIO BINI entwickelt worden war. Im April 1938 setzten sie die elektrische Krampftherapie zum ersten Mal bei einem Patienten, einem Schizophrenen, ein (v. BAEYER). Im Gegensatz zur chemischen Krampfbehandlung war der Elektrokrampf ein generalisierter Krampfanfall mit Bewußtlosigkeit, die im Augenblick des Stromstoßes einsetzte. Der Patient hatte keine Vernichtungsangst und konnte sich auch anschließend nicht an die präkonvulsiven Vorgänge erinnern.

Die Elektrokrampfbehandlung wurde in Düsseldorf unmittelbar vor dem 2. Weltkrieg eingeführt und auch während des Krieges ausgeübt (WEGENER). 1950 wurden 60 Patienten einer Elektrokrampfbehandlung unterzogen, 1951 : 60 Patienten, 1960 : 190 Patienten, 1961 : 190 Patienten. Bei den ersten Elektrotherapien verwandte man auch in Düsseldorf weder Muskelrelaxantien noch Narkotika. Es wurden lediglich Stromspannung, Amplitude und Zeitdauer des Elektroschockgerätes eingestellt (WEGENER). So traten Frakturen und Luxationen besonders an den Wirbelkörpern auf, die durch plötzliche Muskelanspannung hervorgerufen wurden. WEGENER berichtete von einem athletischen Gärtner, der in Düsseldorf behandelt wurde. Er hatte im Elektrokrampfanfall durch Anspannung seiner Oberarmmuskeln eine glatte Humerusfraktur erlitten. Seltenere Gefahren waren Herz- und Atemstillstand. Eine weitere von WEGENER beschriebene Nebenwirkung war eine Merkfähigkeitsstörung. Ein Samenhändler, der unter schwersten Depressionen litt, konnte durch eine Elektrokrampfbehandlung in Düsseldorf von seinem Leiden befreit werden. Seitdem hatte er jedoch die Namen der Blumensamen vergessen, die er vorher alle beherrscht hatte.

Nach dem 2. Weltkrieg führte man im Landeskrankenhaus Düsseldorf Muskelrelaxantien und Kurznarkose zur Elektrokrampfbehandlung ein. Vor Beginn der Therapie erfolgte eine eingehende körperlich - neurologische Untersuchung. Nach Verfügung des Landschaftsverbandes Rheinland vom 23. 1. 1956 (III G 1 - Az 401) mußte vor jeder Behandlung zusätzlich ein EKG angefertigt werden. Eine Verfügung vom 20. 12. 1954 (III G 1 - 1771) regelte die Aufklärungspflicht d.h. die Notwendigkeit einer Zustimmung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters zur Durchführung einer Elektrokrampftherapie. Die elektrische Krampfauslösung stand bis zum Beginn der Ära der Psychopharmakotherapie in Düsseldorf im Mittelpunkt der somatischen Behandlungsverfahren. 1957 z.B. wurden jeden Montag, Mittwoch und Freitag von 7 - 9 Uhr durchschnittlich acht bis zwölf Patienten einer Elektrokrampfbehandlung unterzogen.

Das Landeskrankenhaus Düsseldorf entwickelte sich in der Elektrokrampftherapie zu einer führenden Klinik im Rheinland. Die Landeskrankenhäuser Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Galkhausen und Johannistal schickten im Juli 1957 jeweils einen Assistenzarzt nach Düsseldorf, um dort die Handhabung des schwedischen Elektrokrampfverfahrens zu erlernen (Akte III G 1 Az 401, 15. 7. 1957). PANSEs Bericht vom 14. 5. 1959 an den Landschaftsverband Rheinland schilderte das Behandlungsverfahren in Düsseldorf. Eine halbe Stunde vor der Behandlung wurden 0,5 ccm Atropin subkutan injiziert. Dicht vor Beginn des Schocks spritzte man je nach Bedarf 0,2 bis 0,4 g Inaktin und dann höchstens 30 mg Lysthenon. Anschließend wurde der Patient mit dem Reanimator beatmet. Sobald sich die Muskeln entspannten, setzte die Elektroschockbehandlung ein. PANSE berichtete dazu:

" Diese Durchführung der Behandlung, insbesondere die Anwendung von Kurznarkoticis und Relaxantien hat sich sehr bewährt. Ernstliche Zwischenfälle wurden hier nicht beobachtet, in Einzelfällen konnte vielmehr auch die Behandlung dann durchgeführt werden, wenn Alter oder Herzkreislaufverhältnisse sonst diese Therapie nicht zugelassen hätten."

Eine Elektrokrampftherapie bestand in Düsseldorf aus sechs bis zehn Einzelbehandlungen in einer Serie, möglichst nur zwei Behandlungen wöchentlich. Nach Beschreibungen von WEGENER konnten sich die Patienten während der Behandlung gegenseitig weder hören noch sehen. Es gab einen besonderen Behandlungsraum. Während der eine Patient schlief, wurde erst der nächste Kranke ins Zimmer gebracht. Zwischen den Betten standen außerdem spanische Wände.

Die Elektrokrampfbehandlung wirkte erfolgreich bei affektiven Psychosen. Sie war indiziert bei Depressionen des manisch depressiven Irreseins und bei Involutionsdepressionen. Heute ist die Psychopharmakotherapie an ihre Stelle getreten. Nur noch selten wendet man Elektrokrampfverfahren in Düsseldorf an.

Viele Psychiater sind jedoch auch heute noch besonders bei schwersten Depressionen von der Wirksamkeit der Elektrokrampfbehandlung überzeugt, wenn andere therapeutische Maßnahmen versagt haben.

4.2.1.7 Therapie der Enzephalitis epidemica

Die Enzephalitis epidemica wütete 1916 bis 1928 seuchenartig in ganz Europa (BLEULER). Hauptsächlich Kinder und Jugendliche

waren betroffen. Die Krankheit begann mit uncharakteristischen Symptomen bis ein akut entzündliches Stadium mit Fieber auftrat. Meningismus, Augenmuskellähmung, Akinese oder Hyperkinese und Schlafsucht waren typische Erscheinungsbilder. Entweder trat während des akuten Stadiums eine Heilung ein oder die Kranken starben. Bei längerem Verlauf entwickelte sich häufig ein chronisches Stadium, das im Erwachsenenalter vor allem mit Parkinsonismus und Apathie einherging. So füllten sich die psychiatrischen Kliniken damals mit einer großen Zahl von Enzephalitiskranken.

Schon früh hatte sich SIOLI mit der Problematik der Enzephalitis auseinandergesetzt; denn auch in der Düsseldorfer Klinik war eine Vielzahl Enzephalitis -Kranker untergebracht. 1929 veröffentlichte er die "Ergebnisse der Enzephalitisforschung " , und 1931 schrieb er über die Therapie der akuten Enzephalitis. Zur Behandlung der Enzephalitis epidemica stellte SIOLI fest, daß eine spezifische Therapie entsprechend der unbekannten Ätiologie der Krankheit nicht möglich sei. Nach seiner Ansicht war die Rekonvaleszentenserumbehandlung nach NETTER und STERN eine der erfolgreichsten Behandlungsmethoden. Da in der Düsseldorfer Klinik kein Serum frisch geheilter Fälle verhanden war, ließ SIOLI Serum von leicht verlaufenden Enzephalitiden oder Serum nach frischen Schüben verabreichen. Auch einige Arzneimittel wie Trypaflavin, Elektrokollargol, Dispargen, Unguentum cinereum, Kalziumchlorid, Eucupin, Natrium salicylicum, Pregl'sche Jodlösung und Urotropin wurden angewandt. Über die Wirkweise dieser Mittel herrschte noch keine völlige Klarheit. SIOLI empfahl hauptsächlich die Trypaflavinbehandlung, da er positive Erfahrungen damit gemacht hatte.

Bei der chronischen Enzephalitisbehandlung wurde oft eine Reizkörpertherapie betrieben. Dazu gehörten z.B. "NETTERs Terpentinabzeß" oder Injektionen von Milch oder Schwefelöl. SIOLI lehnte diese Therapie ab, einmal weil dadurch das subjektive Krankheitsgefühl noch stärker wurde, zum anderen weil das geschwächte Herz über Gebühr beansprucht wurde. Die häufigsten Pharmaka bei der Enzephalitis epidemica waren in Düsseldorf wie in den meisten anderen Kliniken Scopolamin und Atropin. Scopolamin half gegen Aufregungszustände, stärkste Schlaflosikeit, Starrezustände und vegetative Störungen. SIOLI verordnete Scopolamin in steigenden Dosen von 3 x 10 bis 3 x 40 Tropfen einer 1‰ igen Lösung. Bei sehr schweren Erregungszuständen, bei denen sonst alle Mittel versagten, empfahl SIOLI Avertin 0,1 g/kg Körpergewicht rektal. Er wies auf Lungenkomplikationen und Atemstörungen als Gefahren hin. Ein sicher wirksames Mittel gegen die Encephalitis epidemica gab es zur Zeit SIOLIs noch nicht. Da jedoch nur noch wenige Betroffene der letzten Epidemie in einer Anstalt zu pflegen sind, trat die Krankheit und damit auch ihre Aufklärung in den Hintergrund.

4.2.1.8 Behandlung des Alkoholismus

Das Alkoholismus-Problem, das gerade in der heutigen Zeit stark in den Vordergrund gerückt ist, hatte auch schon früher in den psychiatrischen Krankenhäusern eine Rolle gespielt. Nach PELMANs Überzeugung gehörten "Trinker" nicht in eine psychiatrische Klinik. Er bezeichnete sie als die am wenigsten angenehmen Kranken, als ein "Gemisch von Selbstüberhebung und Charakterschwäche, von Trotz und Lüge ...." Einzige Behandlung war ein Trinkverbot

(PELMAN).Auch PERETTI prangerte den Alkoholmißbrauch an und befürwortete eine systematische Bekämpfung der Trunksucht. Unter seiner Leitung trat auch der Rheinische Hilfsverein für Geisteskranke dem Rheinischen Verband gegen den Mißbrauch geistiger Getränke bei. PERETTI war der Ansicht, daß mancher Kranke, der in einer Anstalt bleiben mußte,ganz gut in der "Draußenwelt" leben und arbeiten könnte, wenn man ihn dort abstinent halten könnte (PERETTI: Bericht über das Jahr 1905 des Hilfsvereins für Geisteskranke). Anfänglich gab es Delirantenabteilungen mit Polsterbetten. Sie waren jedoch schon zu PANSEs Zeit in Düsseldorf verschwunden. Abgesehen von einem strikten Alkoholverbot gab es lange Zeit kein geeignetes Mittel, die Alkoholiker zu behandeln. Im Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf standen nach Aussage PANSEs "meist nicht genügend psychotherapeutisch (Gruppentherapie!) und der Beschäftigungstherapie zugängliche und prognostisch günstig zu wertende Alkoholkranke" zur Verfügung, um eine ganze Abteilung zu belegen. FRIEDRICH PANSE hatte erkannt, daß der Zeitfaktor nur die somatische und stoffwechselmäßige Bindung an den Alkohol schwächen kann. Er stellte fest:

> " Erforderlich ist aber ein tiefgreifender Umwandlungsprozeß der gesamten psychischen Persönlichkeit, und dies oft nicht nur in ihrer Beziehung zum Suchtmittel."

PANSE führte Zahlenbelege der Alkoholikeraufnahmen in Düsseldorf von 1947 bis 1961 an. Darin wird deutlich, daß auch im 2. Weltkrieg und in den ersten schweren Nachkriegsjahren der Alkoholismus als Massenerscheinung nahezu ausgestorben war. Den anschließenden raschen Anstieg der Alkoholikerzahlen nannte PANSE "Neoalkoholismus". 1947 kamen 8 Männer und keine Frau zur Aufnahme ins Rheinische Landeskrankenhaus Düsseldorf. 1948 waren

es bereits 16 Männer und 1 Frau. 1949, ein Jahr nach der Währungsreform stiegen die Aufnahmezahlen plötzlich auf 68 Männer und 6 Frauen. Bis 1956 blieben diese Zahlen im wesentlichen konstant, nur die Frauen verzeichneten einen Anstieg auf 12 Aufnahmen. Von da an setzte ein rapider Aufwärtstrend ein. 1958 wurden 147 Patienten aufgenommen, davon 22 Frauen; 1959 : 159, darunter 21 Frauen; 1960 : 233 Patienten, darunter 33 Frauen; 1961 : 257 Patienten davon 44 Frauen. Dies entspricht einem Anstieg der Männer von 1956 bis 1961 auf das Dreifache, der Frauen jedoch auf das Vierfache. An einem Stichtag im Oktober 1962 wurden im Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf 10 % der männlichen Patienten wegen Alkoholismus behandelt.

4.2.1.9 Behandlung des Morphinismus

Eine andere Form der Sucht, die in den psychiatrischen Krankenhäusern behandelt wurde, war der Morphinismus. Dort machte sich in den Jahren nach dem 1. Weltkrieg eine stetige Steigerung der Morphinistenzahlen bemerkbar. In Düsseldorf hatte man vor dem 1. Weltkrieg jährlich ein bis zwei Morphinisten aufgenommen. Ab 1919 stiegen die Aufnahmezahlen steil an bis auf 28 Morphinisten im Jahre 1924. 1925 verzeichnete man 40 Aufnahmen, davon 31 Männer und 9 Frauen (SIOLI 1926, 1927). Diese Zahlen in Düsseldorf entsprachen den Gegebenheiten, die BONHOEFFER in der Charité und viele andere Kliniken ebenfalls ermittelten (Tabelle Nr. 1 im Anhang p. 197). SIOLI stellte fest, daß der größte Unterschied zwischen dem Morphinismus vor dem 1. Weltkrieg und der Morphinabhängigkeit nach dem 1. Weltkrieg in der Schichtzugehörigkeit der Kranken begründet war. Vor dem

Krieg waren es die "sogenannten besseren Stände" (SIOLI) und die Ärzte, die zusammen 70 % der Morphinisten ausmachten. Das Bild änderte sich nach 1918. Danach erstreckte sich der Morphinismus auf alle Bevölkerungsgruppen.

Ebenso wandelte sich auch das Aufnahmealter in der Düsseldorfer Klinik. Vor dem 1. Weltkrieg lag der Schwerpunkt bei den 30 bis 40 jährigen, danach bei den jüngeren Altersstufen (SIOLI 1926). Ein weiterer Grund für die ansteigenden Aufnahmezahlen der Morphinsüchtigen in den psychiatrischen Kliniken waren die bessere Aufklärung der Suchtgefahren in der Bevölkerung und damit die größere Bereitwilligkeit zur Kur. Dies traf auch für die Düsseldorfer Klinik zu.

Das reine Morphin war das zweithäufigste Suchtmittel. An erster Stelle stand eine Mischung aus Morphin und Cocain. Daneben kamen auch Kombinationen von Morphin mit Schlafmitteln, Alkohol und Opium in Frage. Meist war die Ursache eine schwere Krankheit, für die der Arzt zur Schmerzlinderung Morphin verschrieben hatte. SIOLI hielt es für sinnvoll, die Bekämpfung des Morphinismus vorwiegend an zwei Stellen zu führen: einmal am Suchtmittelbezug, zum anderen an der Persönlichkeit des Süchtigen. Er stellte dazu fest:

> " Die Bekämpfung am Morphiumbezug ist erst ermöglicht durch das Reichsopiumgesetz vom 30. XII. 1920 auf Grund des internationalen Opiumabkommens vom 23.I.1912 mit den Ausführungsbestimmungen vom 26. II. 1921 und einigen Änderungen (23. XII. 1923, 21. III. 1924, 5. VI. 1924)."

SIOLI interessierte sich auch für "das Blutbild während der Entziehung beim Morphinismus". Einen entsprechenden Aufsatz ver-

öffentlichte er 1933 zusammen mit RINKEL in der"Deutschen Medizinischen Wochenschrift". Hier stellten die Verfasser nach ausführlichen Untersuchungen fest, daß "die Entziehung des Morphinisten im relativen Blutbild die zwei Reihen der Eosinophilie und der Lymphozytose im Ablauf aufweisen müssen". Dabei fiel die besonders lange Zeitdauer dieser Abläufe im Blutbild auf.

Auch nach dem 2. Weltkrieg beschäftigten sich die Psychiater in Düsseldorf mit den Morphinsüchtigen, deren Aufnahmezahlen jedoch zurückgingen. 1957 nahm PANSE Stellung zur medikamentösen Behandlung der Opiumsucht im Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf. Nach wie vor fanden Entziehungskuren in der geschlossenen Abteilung der Klinik statt. Die Entziehungsbeschwerden wurden durch sogenannte Ganglienblocker wie Megaphen, Pacatal und ähnliche gedämpft. Dabei gingen die Entziehungssymtome im "Heilschlaf" unter (PANSE). Opiat-Antagonisten hoben gewisse unerwünschte Morphinwirkungen auf und waren bei akuten Opiatvergiftungen oft lebensrettend.

Die Suchtmittel wandelten sich im Laufe der Zeit. Im Düsseldorfer Landeskrankenhaus wurden Alkoholiker neben Medikamenten- und Rauschgiftsüchtigen behandelt. Der Anteil der Medikamentensüchtigen stieg in Düsseldorf von 1958 bis 1960 von 1,5 % auf 2,4 % und fiel danach wieder auf 2,1 % ab (PANSE).

4.2.1.10 Das panoptische System in der Aufnahmeklinik

Die Fortschritte in der Behandlung der psychisch Kranken gingen

Hand in Hand mit der Umorganisation und dem Umbau des alten Anstaltsgefüges und seiner Gebäude (zu den baulichen Veränderungen der Nachkriegsjahre s. Dissertation KETTLITZ, Düsseldorf 1976). Nur ein Neubau im Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf soll hier unter therapeutischen Aspekten beschrieben werden, weil er herausragende Bedeutung als erstes Gebäude dieser Art im Rheinland besaß, und weil an seinem Beispiel ein Wandel in der Behandlung psychisch Kranker deutlich gemacht werden kann. Es ist die seit 1963 fertiggestellte sogenannte Aufnahmeklinik, die von Landesrat PETERMEISE und PANSE schon seit den fünfziger Jahren geplant war. PETERMEISE gab eine Interpretation zur Aufnahmeklinik in Düsseldorf, die für die Aufnahme und Intensivbehandlung von nur kurze Zeit in Behandlung verbleibenden Patienten bestimmt war. Dort konnten insgesamt 180 Kranke, davon 150 Erwachsene und 30 Kinder betreut werden. Revolutionär war 1963 die gleichzeitige Unterbringung von Männern und Frauen in einem Klinikgebäude. Weitere positive Erfahrungen führten dazu, daß heute männliche und weibliche Patienten in einer Station untergebracht werden. Die Aufnahme-Klinik (heute Haus 2) war aufgeteilt in einzelne Abteilungen für dauernd Überwachungsbedürftige im Erdgeschoß, weniger Überwachungsbedürftige im ersten Obergeschoß und "Ruhige" im 2. Obergeschoß.

Wegen der starken Überwachungsbedürftigkeit verwandte PANSE im Erdgeschoß das "panoptische System". Dieses System bot dem Aufsichtspersonal eine besonders gute Übersicht über die Kranken. Durchsichtsscheiben erleichterten die Beobachtung. Die Schwestern und Pfleger konnten von einer Glaskanzel aus den Trakt überblicken. Die Trennwände zwischen den Krankenräumen, die aus Drei- und Sechsbettkojen bestehen, besaßen in Augenhöhe durchgehende Sicht-

fenster. Einige Betten konnten durch bewegliche Vorhänge abgeschirmt werden. PANSE wollte damit eine optimale Beobachtung der Kranken ermöglichen und Suizidversuche unterbinden. Trotzdem konnten auch nach Einweihung der neuen Klinik Selbstmorde nicht verhindert werden. Ein Nachteil der Aufnahmeklinik, der sich erst im Gebrauch herausstellte, sind die langen Wege, die zurückgelegt werden müssen und den Pflegedienst erschweren. Das panoptische System ist heute durch Vorhänge, die teilweise die Glasscheiben verdecken, aufgelockert worden. Damit bleibt den Patienten ein gewisser Eigenraum erhalten. PANSE sprach von einem "echten Dilemma" zwischen Übersichtlichkeit und"Geborgenheit",aus dem heraus der rechte und gültige Weg wohl noch gefunden werden muß."

4.2.1.11 Freizeittherapie

Die erneuten Öffnungsbestrebungen in der Psychiatrie nach dem 2. Weltkrieg und die Bemühungen, der sozialen Entfremdung des psychiatrischen Patienten entgegen zu wirken, führten zu einer Erweiterung der Freizeit- und Unterhaltungsmöglichkeiten für die Patienten. Durch den 2. Weltkrieg und in den ersten Jahren danach waren Veranstaltungen im Festsaal der Düsseldorfer Klinik in den Hintergrund getreten. Auch die sonst monatlich gezeigten Stummfilme fielen fort. Seit 1955 setzten wieder verstärkte Bemühungen ein, die Patienten in ihrer Freizeit zu unterhalten und zu erfreuen. Das zeigt die Veranstaltungsübersicht des Jahres 1955:

Januar: Krippenspiel, Film (Tonfilmgerät war angeschafft worden)
Februar: Kostümfest mit Tanz

März: Film
April: Theateraufführung, Gesangsdarbietung
Mai: Maifeier mit Tanz, Film
Juni: Film
Juli: Film, traditionelles Pelman-Fest mit Spiel und Tanz
August: Zirkusbesuch, Film
September: Film
Oktober: Erntedankfest mit Tanz, Film
November: Film
Dezember: Film, Weihnachtsfeier mit Bescherung.

Nach PANSEs Meinung war die "Monotonie der Atmosphäre" ein großes Übel des psychiatrischen Krankenhauses. Er verstand darunter das leere Dahinfließen der Stunden, das durch Kontakt- und Initiativeschwäche der Patienten verursacht wurde. Oft gehört diese Störung des Kontakts zu anderen Menschen zum Krankheitsbild. Darum sah PANSE die Freizeitbeschäftigung als ein Mittel an "die Herzen der Kranken zu bewegen, ihnen Freude zu machen und die Tage mit Anregungen zu füllen". Der Wert von Gemeinschaftsunternehmungen wurde von PANSE sehr unterstrichen. Dazu gehörten Ausflüge, Kino und Konzertbesuche u.s.w. Beliebt waren im Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf Besuche im Wuppertaler Zoo mit Kaffeetafel und Tanz, eine Dampferfahrt auf dem Rhein und weitere Autobusausflüge (PANSE). Ein Drittel bis die Hälfte aller Patienten waren in der Lage, unbedenklich an solchen Unternehmungen teilzunehmen.

4.2.2 Rehabilitationsmaßnahmen

Die aufgezeichneten Behandlungsweisen, vor allem die Arbeits- und Beschäftigungstherapie und die Freizeittherapie, haben letztlich zum Ziel, die Rehabilitation des Kranken zu ermöglichen.

4.2.2.1 Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Rheinland

Neben Familienpflege und Außenfürsorge stand vor allem der Hilfsverein im Vordergrund der Rehabilitationsbestrebungen in Düsseldorf. Zunächst hemmte das 3. Reich die Entwicklung der Hilfsgemeinschaft. Im Jahre 1935 drohte ihre Auflösung. Der Verein wurde gezwungen sich dem nationalsozialistischen "Amt für Volkswohlfahrt" zu unterstellen (Chronik der Rheinischen Landesheilanstalt und Nervenklinik Düsseldorf-Grafenberg 1943 - 1955). Der Nationalsozialismus hatte es sich zur Aufgabe gemacht, in alle Lebensbereiche einzugreifen. Aus der Zeit des 2. Weltkrieges existieren keine Unterlagen über die Vereinstätigkeit. Erst am 1.4.1950 beschloß man eine Änderung der Vereinssatzungen, die am 4.6.1954 in der Hauptversammlung verkündet wurden (Chronik). Der Hilfsverein wurde beim Amtsgericht Düsseldorf unter V R 123 in das Vereinsregister eingetragen. Nach den Satzungen bildeten der Direktor, der stellvertretende Direktor und der leitende Verwaltungsbeamte der Landesheilanstalt und Nervenklinik Düsseldorf - Grafenberg den Vorstand des Vereins. Aufgaben des Vereins waren: Fürsorge für Geisteskranke und genesene Geisteskranke. Unterstützung der Familien und Personen, die sich durch die Geisteskrankheit eines Angehörigen in Not befinden, soweit das nicht in den Bereich der öffentlichen Hand gehört. Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Krankheiten.

Als Geldmittel standen dem Verein die Jahresbeiträge der Mitglieder zur Verfügung. Außerdem erhielt er Spenden, Sammlungen, Vermächtnisse und Zuwendungen von Behörden und karitativen Einrichtungen. Durch die zweite Währungsreform seit Bestehen des Vereins erlitt der Hilfsverein 1948 eine starke Geldeinbuße. Durch das kleine Restvermögen verringerte sich auch der Zinsertrag. 1955

hatte sich wieder ein Vereinsvermögen von 42 000 Mark angesammelt. Der Hilfsverein verfügte erneut über ausreichende Mittel, um vielen Kranken zu helfen.

4.2.2.2 Außenfürsorge

Um eine, die Entlassung überdauernde, ärztliche fürsorgliche Unterbauung der Hilfsmaßnahmen zu ermöglichen, wurde die psychiatrische Außenfürsorge eingerichtet. Sie geht zurück auf KOLB (Erlangen), FISCHER (Wiesloch) und andere (SIOLI). Die Bestrebungen der offenen Fürsorge brachten verschiedene Programme hervor, die die offene Fürsorge zu einem System aufbauen sollten. Das nach KOLB als "Erlanger System" bezeichnete Programm sah vor, daß Arzt und Personal des psychiatrischen Krankenhauses für die dauernde Überwachung und Besorgung der offenen Fürsorge zur Verfügung stehen. Damit war diese allein Aufgabe der Anstalt und konnte als Außendienst der Klinik bezeichnet werden. Das Programm der Wieslocher Anstalt, Mannheimer System genannt, ließ die Fürsorge durch einen Arzt der Anstalt versehen. Das Personal wurde teils von der Klinik und teils von der Stadt gestellt. Auf dem Land übernahmen Vertrauensleute diese Aufgabe. Das dritte Programm, das "Gelsenkirchner System", stand nicht in direktem Zusammenhang mit einer Anstalt. Für die Fürsorge waren der Kommunalarzt und kommunales Fürsorgepersonal im Rahmen der übrigen Fürsorgezweige zuständig. Im Gegensatz zum Erlanger und Mannheimer System, die in die Spezialfürsorge eingegliedert waren, war das Gelsenkirchner System ein System der Bezirksfürsorge (SIOLI). Alle drei Systeme hatten ein übereinstimmendes Ziel. Sie wollten eine Anstaltsaufnahme vermeiden oder die erfolgte Aufnahme verkürzen. Denn oft war eine Aufnahme in die

psychiatrische Klinik nur deshalb nötig, weil eine ärztliche oder fürsorgerische Betreuung außerhalb der Anstalt nicht vorhanden war (SIOLI).

Für Preußen gab eine "Verfügung des Wohlfahrtsministers vom 24. 10. 1928 den Ausschlag".Sie empfahl den Kreiskommunalärzten, den Kreisärzten und den Stadtärzten mit den psychiatrischen Außenfürsorgen der öffentlichen Anstalten zusammenzuarbeiten (LINZBACH). Damit war eine gemeinsame Basis für öffentliche Anstalten und öffentliche Gesundheitsfürsorge geschaffen. Das war die Grundlage für die Arbeit der Außenfürsorge wie sie auch heute noch im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland praktiziert wird.

Während des Nationalsozialismus wandelte sich der psychiatrische Außendienst. Die rein fürsorgerische Tätigkeit trat immer mehr zurück und "die Teilnahme des psychiatrischen Außendienstes an der Erfüllung der erbbiologischen und rassenhygienischen Aufgaben des Anstaltswesens und des gesamten Gesundheitswesens" verstärkte sich zusehends(SIOLI). Nachdem die Außenfürsorge während des Krieges nicht fortgeführt werden konnte, begann man seit dem 1. April 1951 im Rheinischen Landeskrankenhaus eine neue psychiatrische Außenfürsorge aufzubauen. Die Chronik der Rheinischen Landesheilanstalt und Nervenklinik Düsseldorf - Grafenberg von 1943 bis 1955 gibt eine Beschreibung des psychiatrischen Außendienstes:

> " Der als Fürsorgearzt eingesetzte Arzt der Anstalt arbeitet zusammen mit den örtlichen Fürsorgestellen und Gesundheitsämtern; er hält Sprechstunden ab und führt Hausbesuche durch und kann sich seit 1.Mai 1955 auf die Mithilfe einer Sozialfürsorgerin stützen, die sich der wirtschaftlichen und sozialen Nöte der Betreuten annimmt."

Diese Sozialfürsorgerin ermöglichte oft erst den Erfolg einer ärztlichen Fürsorge. Der Fürsorgearzt half allen Kranken oder Entlassenen und deren Familien, die im Aufnahmebezirk der Anstalt lagen. In den fünfziger Jahren stand diese Hilfe den Städten Düsseldorf, Essen, Mühlheim/Ruhr, dem Stadtkreis Neuß und dem Landkreis Düsseldorf - Mettmann zu. (Statistik über die soziale Krankenhausfürsorge der Düsseldorfer Klinik von 1957-1958, im Anhang p. 198).
Die Wirkungen des Außenfürsorgedienstes in Düsseldorf belegte PANSE mit folgenden Zahlen:

> " Die Zahl der über die Kartei verfolgten Patienten lag in den letzten Jahren bei 3000. Es kamen jährlich etwa 800 Zugänge hinzu, einigermaßen ausgeglichen durch Abgänge. Der Arzt hielt im Jahresdurchschnitt an den zuständigen Gesundheitsämtern rund 180 (mehrstündige) Sprechstunden ab, untersuchte dabei rund 2500 Patienten, und machte (nachmittags) etwa 1500 Hausbesuche, überwiegend bei entlassenen Patienten, in geringerem Ausmaß bei sonst Auffälligen".

PANSE hob besonders die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern in Düsseldorf hervor.

Seit 1955 gab es in der Düsseldorfer Klinik eine Krankenhausfürsorgerin. Sie betreute jedes Jahr 500 bis 600 Patienten, bei den meisten sollte eine Resozialisierung eingeleitet werden. PANSE erkannte ihre Bedeutung zur "Entlastung des Hauses und zur Wiedereingliederung der Patienten außerhalb der "Mauern" ...." Die Krankenhausfürsorgerin füllte eine klaffende Lücke im Rehabilitationssystem aus. Daneben rentierte sich ihre Tätigkeit auch wirtschaftlich, wie PANSE erklärte. Sicher gäbe es Kranke, die Zeit ihres Lebens in der Anstalt versorgt werden müßten, wenn ihnen die Krankenhausfürsorgerin nicht "aktiv und zielstrebig den Weg

zu einem neuen und produktiven Leben außerhalb der Anstalt eröffnet hätte".

4.2.2.3 Familienpflege

Die Familienpflege als Rehabilitationsmaßnahme hatte in Düsseldorf wenig Bedeutung. Ein Grund dafür war, daß in Düsseldorf ausgesprochen großstädtische und industrielle Lebensbedingungen bestanden. Der Sachverständigen Ausschuß der WHO machte in seinem dritten Bericht die Feststellung, daß Bewohner landwirtschaftlicher Gemeinden mit kleinen Eigenwirtschaften viel besser zu Familienpflege geeignet sind als Industriearbeiter und Kaufleute oder Intellektuelle. Trotzdem berichtete PANSE von einem guten Dutzend Kranker, die in bäuerlichen Familien am Rand von Düsseldorf untergebracht wurden. Die Landwirte benötigten Arbeitskräfte und stellten gern ihre Familie zur Verfügung. PANSE sagte dazu, daß sich die Patienten in den Familien durchweg recht wohl fühlten.

Vor Einführung der Psychopharmaka waren die meisten psychiatrischen Kliniken überfüllt und deshalb froh, die Patienten auch außerhalb des Krankenhauses gut untergebracht und betreut zu wissen. Die Bedeutung der Familienpflege nahm durch den Ausbau der Psychopharmakotherapie und der soziotherapeutischen Maßnahmen ab. Nach einer Aufstellung über Familienpfleglinge vom 9. Mai 1958, die die Rheinische Landesheilanstalt und Nervenklinik Düsseldorf-Grafenberg für den Landschaftsverband Rheinland erstellte, waren 1954 insgesamt 4 Patienten in Familienpflege. 1954 kam ein weite-

rer Kranker hinzu. Da zwei Patienten abgingen, ergab sich ein Bestand von drei Familienpfleglingen in Düsseldorf. Diese Zahl blieb konstant bis 1956 ein weiterer Kranker abging und 1957 nur noch zwei Patienten in Familienpflege verblieben.

Ähnliche Zahlenverhältnisse bestehen auch heute noch in Düsseldorf. Aus einem Schreiben der Düsseldorfer Klinik vom 3.12.1974 an den Landschaftsverband Rheinland geht hervor, daß sich 5 Patienten zum damaligen Zeitpunkt in Familienpflege befanden. Drei Familienpfleglinge arbeiteten in gewerblichen Betrieben, zwei waren im Haushalt beschäftigt. In den Richtlinien über die Durchführung der Familienpflege vom 26. 9. 1974 stellte KULENKAMPFF Zweck, Dauer und Voraussetzungen der Familienpflege, Status, Schutz, Betreuung und ärztliche Behandlung des Pfleglings im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland fest. (Richtlinien zur Familienpflege im Anhang p. 199 - 203).

5. Entwicklung der Therapie von der Einführung der Psychopharmaka 1952 bis 1976

5.1 Grundlegende Entwicklungsstufen

In den fünfziger Jahren gelang die weitere Öffnung der bis dahin von der Umwelt abgeschlossenen psychiatrischen Anstalten. Entscheidend für diesen starken Wandel war die Einführung der Psychopharmaka in die Therapie der Psychosen. Durch die sozialpsychiatrische Erweiterung gewannen gleichzeitig die Rehabilitationseinrichtungen mit ihren sozialen, psychologischen und medizinischen Faktoren die ihnen zustehende Bedeutung in der Psychia-

trie. Durch die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit in jüngster Zeit wurden die Probleme der Psychiatrie im allgemeinen und die des Landeskrankenhauses Düsseldorf im besonderen in den Mittelpunkt öffentlichen Interesses gerückt. Viele Presseberichte in den letzten Jahren beschäftigten sich mit der Lage der Psychiatrie und der Düsseldorfer Klinik. Dadurch wurden die Belange der Psychiatrie bekannt, Vorurteile abgebaut oder einfach nur Informationen weitergegeben und Interesse erzeugt. Die umfassende Aufklärung der Mitbürger ist notwendig,um sinnvolle Therapie und Rehabilitation durchzuführen. Denn das Ziel einer jeden Therapie ist die Wiedereingliederung des psychisch Kranken in seine alte Umgebung, die ihn nach seiner Entlassung genauso wieder aufnehmen soll wie das bei einem körperlich Kranken geschehen würde.

In der Düsseldorfer Presse- und Diskussionskampagne von Februar bis April 1974 wurde deutlich, wie wichtig diese Öffentlichkeitsarbeit für die Psychiatrie ist und daß sich daraus Verbesserungen für die Patienten der Klinik ergeben können. In der Podiumsdiskussion am 25. März 1974, an der rund 1000 Personen, Journalisten, Behördenvertreter, Psychiater und deren Angehörige, Schwestern und Pfleger und Psychiatrieinteressierte teilnahmen wurden folgende Ergebnisse erzielt: Die Krankenhausträger bewilligten durch einen Zusatzvertrag mit einer Reinigungsfirma eine Ausdehnung und Intensivierung der Sauberhaltung der Abteilungen für geistig Behinderte. Der Abbau der hohen Bettenzahlen

der Düsseldorfer Klinik wurde durch die Einwilligung der Krankenhausträger ermöglicht, ein fertig eingerichtetes Gebäude für die künftige psychotherapeutische Klinik mit geistig Behinderten zu belegen. Die Anschaffung von Mobiliar wurde beschleunigt. Für das Pflegepersonal der Behindertenabteilungen wurde eine beschäftigungstherapeutische Zusatzausbildung organisiert. Der Krankenhausträger sagte zu, die geistig Behinderten 1975 in einer eigenen Einrichtung unter heilpädagogischer Leitung zusammenzufassen (HEINRICH 1974). Als Fazit der Düsseldorfer Presse und Diskussionskampagne wurden einige Leitlinien erarbeitet (HEINRICH):

* Es ist im Interesse der psychisch Kranken, eine möglichst intensive und langdauernde öffentliche Diskussion über die Psychiatrie zu führen.

* Die Personalisierung des Konflikts erwies sich als vorteilhaft, da sie Interesse erweckte, die Diskussion in Gang hielt und den Angegriffenen ermöglichte, sachliche Information weiterzugeben.

* Die Darstellung von Mißständen, die Anstrengungen der in der Psychiatrie Tätigen, diese zu beseitigen und die sachliche Information der Öffentlichkeit über die derzeitige komplexe Lage erwiesen sich als nützlich für die Patienten.

5.2 Zeitbezogener Erkenntnisstand

5.2.1 Spezielle Therapieformen

5.2.1.1 Psychopharmaka

Die Ära der modernen Psychopharmakotherapie begann mit der Einführung des Chlorpromazin = Megaphen im Jahre 1952. Als erste verwendeten es HAMON, PARAIRE und VELLUZ in Form einer Kombinationsbehandlung bei einem manischen Patienten. DELAY, DENIKER und HARL behandelten verschiedene Psychosen in breiter Form mit Chlorpromazin und veröffentlichten ihre Untersuchungen über verschiedene Wirkungsqualitäten 1952. Von Frankreich aus begann dann der Siegeszug des Chlorpromazin in der Psychiatrie. Kurz darauf veröffentlichte WEBER seine Arbeit über die Behandlung mit dem Rauwolfia-Alkaloid Reserpin bei Psychosen in der"Schweizer medizinischen Wochenschrift"(1954). Krankhafte Ideen, Störungen des zwischenmenschlichen Kontakts und Stimmungsaufhellung besserten sich durch die Reserpinbehandlung.

1952 wiesen ROBITZEK, SELIKOFF, ORNSTEIN eine Stimmungsänderung durch das Tuberkulostatikum Iproniazid nach. ZELLER und Mitarbeiter erkannten 1952 die monoaminoxydasehemmende Wirkung des Iproniazid, das vorwiegend hemmungslösend wirkt und 1959 von JANZARIK Thymerethicum genannt wurde. Die Gruppe, zu der das Chlorpromazin gehört, bekam 1955 durch DELAY die Benennung Neuroleptica. R. KUHN veröffentlichte 1957 seine Beobachtungen über Imipramin (Tofranil ^{R}). Damit leitete er die Entwicklung der modernen antidepressiven Therapie ein. Diese stimmungslösenden und antriebssteigernden Pharmaka bekamen 1958 die Kennzeichnung Thy-

moleptika (SCHMIDLIN). Die Ataraktika, die in den angelsächsischen Ländern "minor tranquilizers" genannt werden, sind heute außerordentlich weit verbreitet. 1946 wurde die muskelentspannende Wirkung der Glyzerinester und des Meprobamat entdeckt, das eine zusätzliche affektiv entspannende Wirksamkeit hat. 1960 wurde Librium eingeführt. Zusammen mit Valium gehört es zu den am meisten angewandten Pharmaka überhaupt.

Die pharmazeutische Industrie hat inzwischen eine Vielzahl von neuropsychopharmakologischen Präparaten entwickelt. HAASE schilderte 1962 die stürmische Entwicklung der Psychopharmakotherapie:

> " An jedem Wochentag erscheinen z. Zt. durchschnittlich 10 psychopharmakologische Publikationen. Um etwa das Zehnfache sind im vergangenen Jahrzehnt in gut geleiteten Psychiatrischen Krankenhäusern die finanziellen Aufwendungen für Pharmaka, und zwar weitgehend für Psychopharmaka gestiegen".

In Düsseldorf wurden von 1956 bis 1975 110 pharmakopsychiatrische Untersuchungen veröffentlicht. (Aufschlüsselung der Zahl der Untersuchungen in den jeweiligen Jahren im Anhang Abb. 1 p. 204) Die Zahl der Dissertationen im gleichen Zeitraum belief sich auf 16. Die meisten Veröffentlichungen zur Psychopharmakotherapie erschienen 1964. Von 1956 bis 1964 stieg die Zahl der psychopharmakologischen Untersuchungen und fiel dann von 1964 bis 1971 ab. Seit 1972 kommt es wieder zu einem Anstieg der psychopharmakologischen Veröffentlichungen.

Neuroleptische Behandlung

Als erster im deutschsprachigen Raum hat PANSE am 4.9.1953 auf die Psychopharmakotherapie in der Psychiatrie hingewiesen

(PANSE 1972). In einem Apothekenbuch der Düsseldorfer Klinik findet sich am 28.7.1953 die erste Verschreibung von Megaphen-Tabletten. Ebenfalls in dieser Zeit wurde von HAASE der Begriff der "neuroleptischen Schwelle" geprägt. Er definierte die neuroleptische Schwelle:

" somatisch = Auftreten einer zumeist in der Feinmotorik (Handschrift) erkennbaren extrapyramidalen Bewegungshemmung.

psychisch = Reduzierung des psychoenergetischen Niveaus außerhalb von Bewußtseinsstörungen bzw. Schlaf".

Das Überschreiten der neuroleptischen Schwelle erkannte HAASE zuerst an einer in der Feinmotorik (Handschrift) sich zeigenden extrapyramidalen Hypokinese. HAASE veröffentlichte 1954 seine ersten psychopharmakologischen Untersuchungen über das psychomotorische Parkinsonsyndrom bei Megaphen - bzw. Largactil - Dauerbehandlung. Seit 1953 war in der Düsseldorfer Klinik an Hand von 45 Megaphen- Dauerkuren mit Hilfe von Handschriftveränderungen beobachtet worden, daß die Dauerwirkung einer Megaphenkur nach dem Somnolenzstadium in ein reversibles psychomotorisches Parkinsonsyndrom übergeht. Die Schrift galt als Gradmesser einer günstigen Wirkung der Kur. Die 1955 erschienenen Untersuchungen mit Megaphen (Largactil) und dem Rauwolfia - Alkaloid Serpasil sind ebenfalls unter dem Gesichtspunkt des psychomotorischen Parkinsonsyndroms von HAASE erstellt worden. Die bisher aufgestellten Wirkungshypothesen wurden ergänzt, in vielen folgenden Veröffentlichungen erfolgte eine Präzisierung des schon 1954 festgelegten Standpunkts, daß feinmotorische extrapyramidale Symptome Indikatoren für den wesentlichen therapeutischen Effekt neuroleptischer Medikamente sind (HAASE 1961, 1962, 1963, 1966, 1967, HAASE und FLORU 1969).

Im Landeskrankenhaus Düsseldorf wurde früh das Haloperidol eingesetzt, ein Medikament mit sehr starker neuroleptischer Potenz. 1960 erfolgte eine Veröffentlichung der Untersuchungen an 50 psychisch Kranken, vorwiegend Schizophrenen, die durchschnittlich mehrere Wochen damit behandelt worden sind. Weitere klinische Erfahrungen mit Haloperidol auch im katamnestischen Rückblick wurden 1960 und 1962 in Düsseldorf von FLEGEL vorgelegt.

Um einen Erfolg der Psychosebehandlung meßbar zu machen, beschäftigten sich einige Autoren an der Düsseldorfer Klinik mit statistischen Untersuchungen zur Psychopharmakabehandlung. FLEGEL legte 1962 eine Methodik zuverlässiger Therapiebewertung in der Psychosebehandlung vor. Weitere Abhandlungen zur Dokumentation und Auswertung psychiatrisch - klinischer Verlaufsgegebenheiten (1962) und zur Verlaufsrepräsentation als Korrektiv für die Erfolgsbeurteilung der Schizophreniebehandlung (1963) folgten. Mit pharmakopsychiatrischen Forschungsabteilungen in Landeskrankenhäusern befaßte sich FLEGEL 1964. Eine weitere Studie beschäftigte sich mit der Frage, ob die zahlreichen neu entwickelten unterschiedlich beurteilten Psychopharmaka in ihrer Wirkung tatsächlich differieren (BENDER, BERGENER, FLEGEL 1965). Sie hatte das Ziel, vergleichende objektivierende Methoden zu entwickeln. Mit Problemen der Versuchsanordnung bei der klinischen Prüfung und mit Quantifizierungsmethoden in der Pharmako - Psychiatrie setzten sich weitere Untersuchungen an der Düsseldorfer Klinik auseinander (FLEGEL 1967, 1968).

Antidepressive Behandlung

Die Antidepressiva sind in den 60iger Jahren häufig Gegenstand von Untersuchungen in der Düsseldorfer Klinik gewesen. Dazu gehören die Monoaminoxydasehemmer wie Nardil und Marplan, die eine günstige Wirkung auf kardiale Funktionen ausüben (HAASE 1962).

In Ergänzung zur Elektrokrampftherapie und zu den schwach potenten Neuroleptika wurden vor allem endogene Depressionen, gelegentlich auch depressive Verstimmungen mit Antriebshemmung bei Schizophrenie mit Nardil (FLEGEL 1961) und Niamid behandelt (FLEGEL 1962). Eine Kombination von Nardil mit Phenothiazin oder Thiaxanthen, wie sie 1961 noch empfohlen wurde (FLEGEL), ist später abgelehnt worden. Die gleichzeitige oder aufeinanderfolgende Anwendung von Monoaminoxydasehemmern und trizyklischen oder tetrazyklischen Thymoleptika oder anderen Medikamenten hat lebensbedrohliche Kreislaufkomplikationen zur Folge und muß unbedingt vermieden werden (HAASE 1966, HEINRICH 1975). Heute ist die antidepressive Therapie mit Monoaminoxydasehemmern stark in den Hintergrund getreten, da die trizyklischen Thymoleptika vom Desipramin-Typ in gleicher Intensität wirksam sind und geringere Nebenwirkungen aufweisen (HEINRICH 1976).

Mit den trizyklischen Thymoleptika, besonders dem Imipramin (Tofranil), hat man sich in der Düsseldorfer Klinik früh auseinandergesetzt. Vergleichende Publikationen berichteten anfänglich hauptsächlich über Tofranil (KLEINE 1959, FLEGEL 1960). Es wurde von HAASE (1966) als das Pharmakon mit der stärksten d.h. häufigsten antidepressiven Wirkung befunden. Das Imipraminstoffwechselprodukt Desipramin (Pertofran) wurde in einer Untersuchung durch HAASE, KOESTER, KÖNIG und BLEKER 1963 mit dem Imipramin verglichen. Pertofran erwies sich als stärker stimulierend im Vergleich zum Tofranil.

Das Tryptizol (Amitriptylin) wurde bei 50 depressiven Frauen in stationärer Behandlung in Düsseldorf untersucht und seine

antidepressive Wirksamkeit im ganzen günstig beurteilt. Es wirkte stimmungsaufhellend und psychomotorisch dämpfend. Zur Behandlung organischer Syndrome wurde es nicht empfohlen, bei der Schizophreniebehandlung wurden Vorsicht und Selektion als geboten erachtet (FLEGEL, SCHMIDT, 1964). Vor allem bei depressiven Syndromen mit ängstlicher Agitiertheit und Schlaflosigkeit ist es angezeigt (HEINRICH 1976). Zur Gruppe der tetrazyklischen Antidepressiva gehört das Maprotilin (Ludiomil), das in der Düsseldorfer Klinik erprobt wurde. Es hat ähnliche Wirkungen wie Amitriptylin, sie sind nur etwas schwächer (FLORU, 1973).

Um die vielfach unstimmige und sogar widerspruchsvolle Erfolgsbeurteilung der antidepressiven Therapie zu erleichtern, wurden in Düsseldorf Durchführungsmodelle von FLEGEL (1964,1967) entwickelt. Einige milde Neuroleptika bewährten sich ebenfalls bei der antidepressiven Behandlung wie Untersuchungen im Landeskrankenhaus Düsseldorf bestätigten: Truxal: FLEGEL, HARLING, WÖDL, 1961; Dipiperon: FLEGEL, NELLER, 1963 etc.

Unerwünschte körperliche und psychische Begleitwirkungen der Thymoleptika traten später in den Mittelpunkt der Untersuchungen. Besondere Beachtung fanden Reizleitungsstörungen am Herzen und die Gefahr des Herzversagens (WAGENSOMMER DISSERTATION 1964, HAASE 1966). Autoren (HEINRICH 1973) betonten die vegetativen Nebenwirkungen der tri- und tetra-zyclischen Thymoleptika.

Lithium Behandlung

In Düsseldorf wurde schon früh Lithium bei manischen Psycho-

sen und als Prophylaxe gegen Zyklothymien angewandt. Diese Behandlungsmethode fand ab 1968 in der Schweiz, Österreich und Deutschland große Beachtung (WAGNER). In Düsseldorf wurde seit 1957 Lithium bei manischen Psychosen und als Prophylaxe gegen Zyklothymien angewandt (KAPPLINGHAUS 1959). Sein Bericht schließt mit der Forderung nach weiteren wissenschaftlichen Forschungen auf diesem Gebiet zur Sicherung der Behandlung.

1954 hatte SCHOU festgestellt, daß eine Dauerbehandlung mit Lithiumkarbonat den Patienten möglicherweise vor einem erneuten Auftreten manischer Symptome schützt (SCHOU, JUEL-NIELSEN, STRÖMGREN, VOLBY). Weitere Untersuchungen an Hand langjähriger Statistiken beschäftigen sich mit der Wirkung der regelmäßigen über Monate und Jahre dauernden Lithiumtherapie, die eine Senkung von Zahl und Intensität der zyclothymen Phasen herbeiführt. Bei bereits bestehender Depression läßt sich jedoch kein antidepressiver Effekt nachweisen.

Seit den sechziger Jahren setzte man auch in Düsseldorf verstärkt Lithium als Normothymoticum ein. Im Vordergrund der Untersuchungen stand die Behandlung oder Erleichterung der Begleitwirkungen der Lithiumtherapie, vor allem des Tremors. Besonders geeignet schienen die Beta - Rezeptorenantagonisten (FLORU 1972). Propranolol unterdrückt den feinschlägigen Fingertremor. Pindolol und Practolol als weitere Beta - Rezeptorenantagonisten wurden 1974 erprobt (FLORU, TEGELER). Bei 20 Patienten aus dem Kreis der zyklothymen und schizo - affektiven Erkrankungen wurden damit in der Mehrzahl der Fälle gute oder sehr gute Erfolge verzeichnet. Pindolol ist dem Practolol

vorzuziehen, da es eine bessere und konstantere Tremorhemmung bewirkt. Die Erforschung des Pathomechanismus des Lithiumtremors mit verschiedenen Meßmethoden und derpotentiellen Angriffspunkte der Beta - Rezeptorenblockade stand im Mittelpunkt weiterer Untersuchungen an der Düsseldorfer Klinik (FLORU, TEGELER, WILMSEN, 1975).

Depot - und Langzeit - Neuroleptika

Die Einführung der Depot- und Langzeit - Neuroleptika gehört zu den wichtigsten Errungenschaften der Psychopharmakotherapie der letzten Jahre. Bei chronisch-schizophrenen Zuständen haben sich die Behandlungsmöglichkeiten durch die Neuentwicklung der Depot- Neuroleptika entscheidend verbessert. Langzeiteffekte neuroleptischer Substanzen lassen sich nach HEINRICH (1973) auf 3 Wegen verwirklichen:

1. Bindung der neuroleptischen Wirksubstanz an eine Trägersubstanz. Aus dem im Körper gesetzten Depot wird so eine verlangsamte Freigabe ermöglicht. Zu dieser Gruppe gehören Fluphenazin - Decanoat, Fluphenazin - Önanthat, Flupenthixol - Decanoat. Fluphenazin - Önanthat (Dapotum) wurde in einer Untersuchungsreihe von chronisch Schizophrenen unter feinmotorischer Kontrolle in der Düsseldorfer Klinik getestet. Es wurden Schwankungen in bezug auf das Einsetzen und die Dauer (um 30 %) der neuroleptischen Wirkung bei gleichen Patienten und gleicher Dosis festgestellt (HAASE, KOESTER, WAHL, 1967). Später wurde das Fluphenazin - Decanoat (Dapotum D), Lyogen - Depot als "Langzeitneuroleptikum mit intraindividuell gleichmäßiger Wirkung" eingeführt (HAASE 1972).

Einen umfassenden Überblick über Düsseldorfer und andere Unter-

suchungen auf dem Gebiet der Langzeitneuroleptika gaben HAASE und FLORU auf der Frankfurter Arbeitstagung am 7.und 8.3.1969. Inhalt und Ergebnisse der Tagung wurden unter dem Titel "Neuroleptische Dauer- und Depottherapie in der Psychiatrie" von HEINRICH veröffentlicht. Viele Autoren der Tagung kamen zu dem Schluß, daß die Depotherapie einen guten Behandlungserfolg vor allem in der psychiatrischen Ambulanz ermöglicht und nicht zuletzt unter sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten von Bedeutung ist (HEINRICH; BAER; MOLDENHAUER; MAPPES; 1969).

Die stationäre und ambulante Behandlung mit Fluphenazin - Önanthat und Fluphenazin - Decanoat war Gegenstand einer Reihe von Dissertationen an der Düsseldorfer Klinik:

JOSEPH, Dissertation Düsseldorf 1972

KNAACK, Dissertation Düsseldorf 1969

STEUER, Dissertation Düsseldorf 1972

2. Eine weitere Langzeitverbindung leitet sich vom Butyrophenon ab: Fluspirilene (Imap). Es bildet innerhalb der Muskulatur bei intramuskulärer Injektion ein mikrokristallines Depot. Es wurde von JANSSEN und Mitarbeitern entwickelt und in der Düsseldorfer Klinik seit 1967 in drei verschiedenen Untersuchungsreihen bei 270 Schizophrenen unter besonderer Berücksichtigung der neuroleptischen Schwelle eingesetzt (HAASE ,FRANK, KNAACK, LEHNHARDT, RICHTER - PEILL, 1968). Klinisch experimentell kamen die Düsseldorfer Autoren hinsichtlich Dosierung, Verträglichkeit, Applikationsintervall und Verlaufsbeeinflussung bei schizophrenen Psychosen zu Ergebnissen, die es ermöglichten, Kurzzeitneuroleptika zunehmend durch Langzeitverbindungen abzulösen (HAASE 1969,1972).

Einige Dissertationen berücksichtigten in ihren Untersuchungen zu Fluspirilene ebenfalls das Antiparkinsonmittel Benzetimide, das bei einer initialen Akathisie eingesetzt wird (FRANK, Dissertation 1970; MOHR, Dissertation 1970; RICHTER-PEILL, Dissertation 1969).

3. Die dritte Langzeitverbindung ist das Penfluridol (Semap). Es wird oral verabreicht, tritt nur langsam in die Hirnsubstanz über und verläßt das Gehirn mit stark verzögerter Ausscheidung. Daraus leitet HEINRICH ab, daß das oral applizierte Penfluridol "ein Langzeitneuroleptikum im engeren Sinn ohne eigentlichen Depot Effekt" ist, während die Verbindungen der 1. und 2. Gruppe zu den Depotpräparaten zählen (HEINRICH 1973).

Untersuchungen an 60 Patienten in Düsseldorf, die zur Hälfte stationär, zur anderen Hälfte ambulant für 6 Monate behandelt wurden, führten zu dem Ergebnis, daß die optimale neuroleptische Erhaltungsdosis bei stationären akut Schizophrenen 35 mg, bei ambulanten 21 mg beträgt (FISCHER, Dissertation Düsseldorf 1972; ZUBORN 1971).

Eine Zusammenfassung aller bisher in Düsseldorf von 1967 bis 1971 unternommenen Untersuchungen zu den Langzeit - und Depot - Neuroleptika an rund 390 Schizophrenen gab Aufschluß über Daten zur Höhe der Dosierungen und zur Dauer der Applikationsintervalle (HAASE, FISCHER, FLORU, FRANK, JOSEPH, KNAACK, MOHR, RICHTER-PEILL, STEUER, WAHL, WALTERBUSCH, ZUBORN, 1971). Penfluridol wurde sowohl bei akuten schizophrenen Psychosen (ZUBORN 1971, HAASE, FISCHER et al.), wie auch bei chronischen Schizophrenen (FISCHER, HEINRICH und TRIMBORN) angewandt. Neuere stationäre Erfahrungen mit Penfluri-

dol aus dem Düsseldorfer Landeskrankenhaus erschienen 1973 (FLORU und ZUBORN).

Allgemein wird die neuroleptische Langzeittherapie in den psychiatrischen Kliniken allmählich eingeleitet. Ist der Patient in der Klinik auf das anzuwendende Präparat eingestellt, so ist nach der Entlassung eine ambulante Fortsetzung der entsprechenden Therapie angezeigt (HEINRICH 1975). Besorgnisse hinsichtlich einer mangelhaften Steuerbarkeit bei den Depot- und Langzeit- Neuroleptika wie sie gelegentlich bei HAASE und Mitarbeitern zum Ausdruck kamen, hält HEINRICH für unberechtigt. Die Erzielung eines erheblichen "Remissionsgewinns" ist durch kontrolliert durchgeführte Langzeitneurolepsie möglich (HEINRICH 1973). Die Notwendigkeit einer über lange Zeit fortgesetzten depotneuroleptischen Behandlung bedeutet zwar eine Freiheitseinengung für den Patienten, die Risiken treten jedoch gegenüber der Gefahr eines psychotischen Rezidivs in den Hintergrund (HEINRICH 1973). Die jetzt vorliegenden umfangreichen Erfahrungen erlauben die "nachdrückliche Empfehlung der Depot- und Langzeitneurolepsie für die klinische, vor allem jedoch auch für die ambulante Behandlung" (HEINRICH 1973).

Noch 1973 stellte HEINRICH fest, daß zwar überall Pharmakotherapie betrieben würde, daß die Zahl der wissenschaftlichen Publikationen jedoch zurückgegangen sei. Doch in den letzten Jahren ist wieder ein Anstieg des Psychopharmakaeinsatzes zu erkennen. In der Düsseldorfer Klinik erschienen von 1969 bis 1971 sehr wenig pharmako-psychiatrische Veröffentlichungen(Abb. 1 im Anhang p. 204). Erst seit 1972 zeichnet sich in

Düsseldorf unter Leitung von HEINRICH ein deutlicher Anstieg der pharmako-psychiatrischen Veröffentlichungen ab.

"Psychopharmaka können die Summe menschlicher Freiheit vermehren", betonte HEINRICH 1973. Ist die Psychopharmakabehandlung auch begrenzt durch Residualsymptome der Psychose, durch ein "postremissives Erschöpfungssyndrom" (HEINRICH 1967) oder durch eine mögliche Remanifestation der Psychose, so sollte die Freiheit setzende Wirkung der Psychopharmakotherapie bei psychotischen und neurotischen Erkrankungen nicht in den Hintergrund treten.

Die Erfolge der Psychopharmakotherapie zeigten sich zunächst in einer veränderten Atmosphäre der psychiatrischen Kliniken. PANSE schilderte 1960 die Atmosphäre in Düsseldorf:

> " Seitdem der Psychiater diese Mittel in den Händen hat, erkennt er sozusagen sein eigenes Krankenhaus nicht wieder. Während er früher Sorgen haben mußte, daß laute Äußerungen nach außen drangen, dringen heute die Geräusche des Straßen- und Luftverkehrs, seine Patienten störend, in das Krankenhaus hinein. Er hat es in der Hand, ob er die Sprach- und Bewegungsunruhe seiner Patienten auf ein Zwanzigstel oder mehr dämpfen will. Erregte Kranke sind in Stunden, spätestens in Tagen, so weit ruhiggestellt, daß ihnen bereits mehr Bewegungsfreiheit gewährt werden kann. Die Behandlungsdauern vieler Kranker sind auf ein Viertel und noch stärker zurückgegangen, und die Kranken selbst atmen rasch auf, befreit von der Last ängstigender und verwirrender Erlebnisse, und gewinnen das Vertrauen in ihre Umwelt zurück."

Ähnliche positive Erfahrungen machten die Schwestern und Pfleger der Düsseldorfer Klinik. Der Pflegeleiter HILGERS,

der seit 1951 in Düsseldorf tätig ist, schildert die Entwicklung der Klinik seit Einführung der Psychopharmaka. Zunächst wurde Megaphen in sehr hohen Dosen verabreicht. Die Patienten mußten dabei künstlich ernährt und abgeführt werden. Nach 4 Monaten ging man auf niedrigere Dosen zurück. Jetzt bestand die Möglichkeit, die vorher aus Sicherheitsgründen zum Essen benutzten Blechnäpfe und Löffel durch normale Eßbestecke und Porzellangeschirr zu ersetzen. Dieser Wandel vollzog sich zunächst nur auf der Aufnahmestation (heute Haus 22,23), später auch in den chronischen Stationen. Mitte der sechziger Jahre erhielten die männlichen Patienten zum ersten Mal die Möglichkeit, sich selbst zu rasieren und Rasierklingen zu benutzen, die vorher wegen des Siuzidrisikos unter Verschluß aufbewahrt worden waren. In diesen kleinen Dingen des täglichen Alltagswurde der Wandel in der Atmosphäre der psychiatrischen Klinik deutlich.

Seit 1954 begann die Öffnung der Stationen (HILGERS). Die Krankenabteilungen gliederten sich in je 3 geschlossene Wachabteilungen für ruhige, unruhige und sieche Aufnahmen, in halboffene sowie in offene Abteilungen (Allgemeine Übersicht über Gliederung, Verwaltung und Aufbau der Landesheilanstalt und Nervenklinik Düsseldorf-Grafenberg nach dem Stande vom 1. 4. 1954). Bereits 1959 besaß die Düsseldorfer Klinik 8 offene Abteilungen für ruhige Kranke, 4 halboffene Abteilungen für ruhige Kranke, 5 geschlossene Abteilungen für ruhige Kranke, 2 geschlossene Abteilungen für unruhige Kranke, 3 geschlossene Abteilungen für psychisch Alterskranke. Im Vergleich dazu gliederte sich die Bonner Klinik in nur 4 offene Abteilungen für ruhige Kranke, 9 geschlossene Abteilungen für ruhige Kranke, 2 geschlossene Abteilungen für halbunruhige

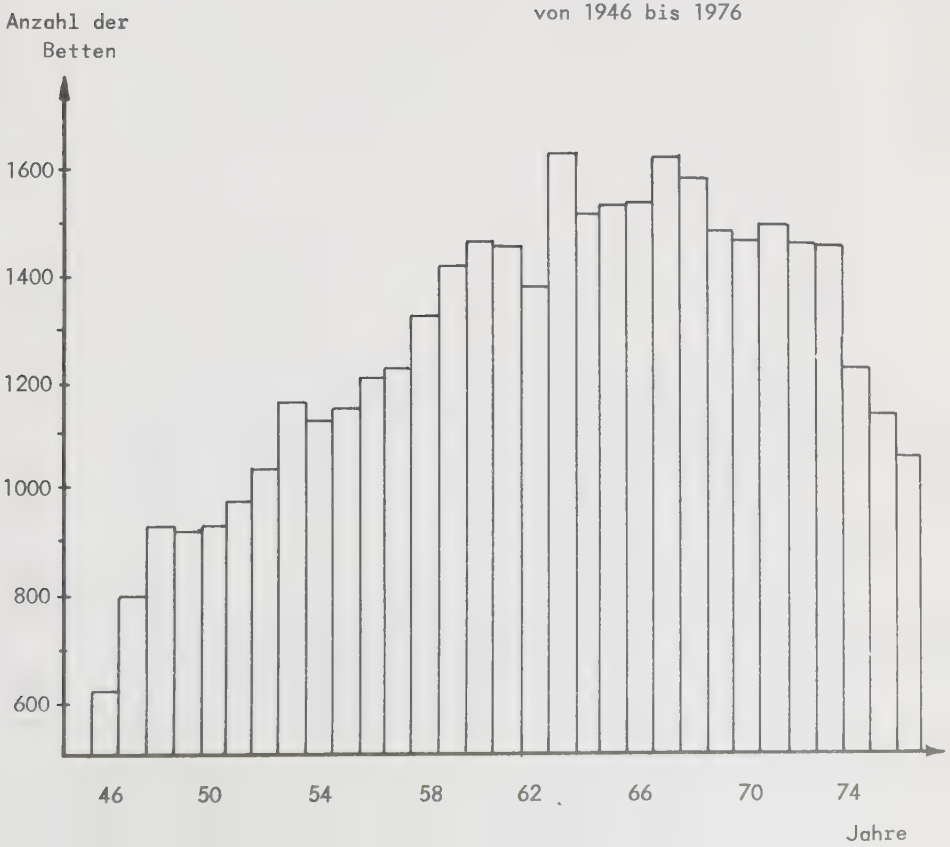
Kranke, 2 geschlossene Abteilungen für unruhige Kranke, 3 geschlossene Abteilungen für sieche Kranke und 1 offene Außenabteilung (Landschaftsverband Rheinland, Stand 31. Juli 1959). Im April 1976 umfaßt die Düsseldorfer Klinik 43 Stationen. Davon sind 8 Männer - und 8 Frauenstationen geschlossen, die restlichen Stationen sind offen.

Durch die Einführung der Psychopharmaka wurde auch eine gemischtgeschlechtliche Belegung der Stationen in Düsseldorf ermöglicht. Sie setzte sich zunehmend seit 1973 durch, zum Teil gegen den Widerstand einiger Ärzte (HILGERS). Durch den Einsatz der Psychopharmaka verringerte sich die Krankheitsintensität , der Behandelte wurde gelassener und ruhiger, ohne daß er schläfrig wurde oder ohne daß das intellektuelle Leben aufhörte. Doch ließen sich die Patienten oft gehen, achteten nicht auf die tägliche Hygiene oder auf eine gepflegte Kleidung. Dies änderte sich, als Männer und Frauen auf einer Station zusammenlebten. Beide achteten wieder auf ein gepflegtes Äußeres.

Der Einsatz der Psychopharmaka ermöglichte auch eine erhebliche Reduktion der Bettenzahlen der psychiatrischen Klinik. In Abb. 2 p. 73 ist bis 1967 ein deutlicher Anstieg des Bettenbestandes in Düsseldorf zu ersehen. Ursache dafür war die zunehmende Zahl der Alterskranken und Alkoholkranken und die Drehtürpsychiatrie, d.h. daß unter der Psychopharmakotherapie zwar eine rasche Entlassung möglich war, aber oft eine baldige Wiederaufnahme nötig wurde. Mit 1615 Betten erreichte die Düsseldorfer Klinik 1967 ihren höchsten Bettenbestand. Die pharmakopsychiatrische Behandlung, vor allem die Depot- und

Langzeitneuroleptika machten es möglich, viele Patienten in eine teilstationäre oder ambulante Therapie zu entlassen.Mit Beginn der poliklinischen Behandlung 1968 und der zunehmenden Bedeutung der Rehabilitationseinrichtungen ist ein Rückgang der Bettenzahlen zu beobachten. Von 1453 Betten im Jahre 1972 auf 1032 Betten im Frühjahr 1976 verringerte sich der Bettenbestand durch den weiteren Ausbau der Poliklinik durch HEINRICH. Mit 1032 Betten 1976 übersteigt die Düsseldorfer Klinik aber noch die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlene Höchstzahl von 600 Betten.

Abb. 2 Anzahl der Betten von 1946 bis 1976



Die Erfolge der pharmakopsychiatrischen Therapie zeigten sich auch in einem Rückgang der Hospitalisierungsdauer in der Düsseldorfer Klinik. Die durchschnittliche Verweildauer in Düsseldorf betrug 1954 : 255,3 Tage, 1955 fiel sie auf 247,3 Tage, 1957: 222,9 Tage und 1958: 205,4 Tage. 1974 lag die durchschnittliche Verweildauer bereits bei 147,6 Tagen, obwohl der Anteil der geistig Behinderten nach wie vor ein Drittel der Patientenzahlen ausmachte.

Rehabilitationseinrichtungen wie das Übergangsheim in der Düsseldorfer Innenstadt und die Patientenclubs wurden erst durch die Psychopharmakotherapie ermöglicht. Die Patienten bleiben unter pharmakopsychiatrischer Behandlung bewußtseinsklar und kontaktfähig. Sie können ihrem Beruf nachgehen und an den verschiedensten Aktivitäten teilnehmen. Auch die Soziotherapie mit Arbeits-,Beschäftigungs- und Gruppentherapie konnte erst seit Einführung der Psychopharmaka breiten Patientengruppen zugute kommen.

5.2.1.2 Soziotherapie

Nach SCHULTE und TÖLLE (1973) zählen zur Soziotherapie solche Behandlungsverfahren "bei denen Umweltfaktoren gruppendynamisch wirksam werden". Das ist der Fall bei der Milieugestaltung, der Arbeits- und Beschäftigungstherapie und der Gruppentherapie.

Psychotherapie in großen Gruppen wurde zuerst von PRATT 1905 bei Tuberkulosekranken angewandt. Gegen Ende des 2. Weltkrie-

ges versuchte M. JONES nach diesem Prinzip mit Neurotikern zu arbeiten, indem er die Einstellung der Kranken zu ihren Symptomen veränderte. Es entwickelte sich unter recht pragmatischen Vorzeichen die therapeutische Gemeinschaft nach MARTIN, weil Personal fehlte, und eine bessere Zeiteinteilung des Arztes für die Kranken möglich wurde. Die späteren ideologischen Überspitzungen, die sich in der Bundesrepublik Deutschland im Gefolge der Studentenunruhen einstellten, fehlten den britischen Vorbildern bezeichnenderweise.

Die Gruppentherapie beschränkte sich auf kleinere Patientenzahlen, meist 6 bis 8 Kranke, während die therapeutische Gemeinschaft 25 bis 30 Patienten umfaßte. Besonders verbreitet war die Behandlung von Neurosen in Gruppen, und seit Ende der sechziger Jahre existierte die Gemeinschaftstherapie in größeren Gruppen auch für die Psychosen (MARTIN, BATTEGAY).

Die "dritte psychiatrische Revolution" nannte FLEGEL (1966) nicht ohne Überschwang das, was die therapeutische Gemeinschaft hervorgebracht hatte. Die Umwandlung des psychiatrischen Krankenhauses herkömmlicher Struktur in ein Therapiegemeinschaftshospital, wie sie von FLEGEL in der Düsseldorfer Klinik angestrebt wurde, sollte eine "Stätte der Kultur menschlicher Beziehungen" aus der alten Bewahr- und Bewachanstalt machen (FLEGEL 1966).

Milieugestaltung

Eine angemessene Milieugestaltung ist Voraussetzung für jede Art von Therapie in einer psychiatrischen Klinik. Im Zug der

sozialpsychiatrischen Entwicklung wurden in Düsseldorf Stationen eingerichtet, in denen neben der medikamentösen Therapie gruppenpsychotherapeutische und milieutherapeutische Behandlungsverfahren eingeführt wurden. Dabei ging man von der Vorstellung aus, daß "ein Patient nicht losgelöst von der Umwelt, sozusagen im luftleeren Raum, behandelt werden kann, sondern daß der Mensch, und eben auch der kranke Mensch, in soziale Bezüge verstrickt ist," die eingehend berücksichtigt und therapeutisch genutzt werden müssen (DOMINICUS, FLEGEL, 1968). Die alte Anstalt sollte von der lebensfremden Atmosphäre befreit werden. Den Patienten sollte eine Umgebung geschaffen werden, die vielfache Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung in einer Gemeinschaft bot. DOMINICUS und FLEGEL kennzeichneten den therapeutischen Effekt eines soziotherapeutisch geprägten Milieus durch die Begriffe: "erhöhtes Verantwortungsgefühl", "vermehrte Realitätskontrolle", "Aktivierung", "Herausführung aus Isolierung und Vereinsamung", "Verhinderung von Anstaltsartefakten".

Um dieses Milieu in Düsseldorf zu gestalten, wurde im Januar 1968 eine gemischte Männer- und Frauenstation in Haus 8 (jetzt Haus 12) eingerichtet. Sie hatte 25 Betten für Männer und 32 Betten für Frauen. Zwischen den zwei Aufenthaltsräumen befand sich eine Tür, die nachts verschlossen und tagsüber offen war. Im Interesse der Gruppenhomogenität traf man eine Patientenauslese nach dem "4 D - Schema". Nicht angenommen wurden: Debile, Demente, Defekte, Depravierte. Die Beschränkungen lassen die begrenzte Wirkungsbreite des Konzepts in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus erkennen, dessen Patienten zum großen Teil gerade aus den Beeinträchtigten des "4 D - Schemas"

bestehen. Behandelt wurden Schizophrene, endogene und reaktive Depressionen, Neurosen und auf der Frauenseite Alkoholkranke in Ermangelung einer Frauenalkoholkrankenstation.

Die gewünschte Konfrontation mit der Realität war nach FLEGEL und DOMINICUS "durch die Anwesenheit des männlichen bzw. weiblichen Prinzips intensiver und umfassender." Als problematisch erwiesen sich der Hang zum Alkoholmißbrauch, mangelnde Mitarbeit und Passivität in einigen Fällen, der outrierte Demokratisierungsprozeß der Station und die Abgrenzung der Kompetenzen zwischen Patient und Therapeut. Räumliche und zeitliche Milieugestaltung wurde weitmöglichst der Patientengruppe überlassen, die auch ihre Hausordnung selbst aufstellte. (Hausordnung und Therapieplan von Haus 8 (12) im Anhang p. 205bis p. 209).

Gruppentherapie

Das Ziel der Gruppentherapie ist die Bildung einer Gemeinschaft aus zufällig zusammengewürfelten Menschen. Die Gruppe soll sich gegenseitig tragen, akzeptieren, tolerieren und die neu dazukommenden Patienten allmählich angleichen.´Das, was im Krankenhaus unternommen wird, soll ein Üben und Trainieren sein für das, was die Patienten draußen in der wenig verständnisvollen Umwelt erleben (KOESTER).
Maßnahmen zu diesem Ziel sind:

* Therapeutische Gemeinschaft
* Stationsversammlung
* Teambesprechungen und Selbsterfahrungsgruppe

Nach angelsächsischem Muster wurde das Prinzip der "therapeutischen Gemeinschaft" von WINKLER, VELTIN, FLEGEL und an-

deren in die Bundesrepublik Deutschland eingeführt (LEHMANN 1973). Es sollte eine künstliche Familiengemeinschaft sein, in der kontaktgestörte und ich-schwache Neurosen- und Psychosenkranke behandelt wurden. In Haus 8 tagte die therapeutische Gemeinschaft dreimal in der Woche von 8.30 Uhr bis 9.30 Uhr unter Teilnahme aller Patienten der Station. Beteiligt waren außerdem ein ärztlicher Therapeut, ein Kotherapeut und das Pflegepersonal. Auf der Basis von tiefenpsychologischen Erkenntnissen wurde der Gesprächsverlauf interpretiert und zusammengefaßt. Es wurde keinerlei Druck oder Zwang auf den Patienten ausgeübt; denn Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfreudigkeit sollten gesteigert werden (KOESTER 1967). Entscheidende Vorteile waren nach KOESTER:

* Überwindung von Isolierung, Resignation, Passivität, Angst und Hoffnungslosigkeit durch Verbalisierung der Konflikte.
* Relativierung der eigenen Schwierigkeiten und Forderung von Einsicht und Selbstverstrauen durch Äußerungen der Mitpatienten.
* Neben Persönlichkeitsentfaltung bessere Anpassung und Achtung der Mitmenschen.

Der Arzt erfuhr wertvolle Informationen für Diagnose und Therapie durch das Verhalten des Patienten in der Gemeinschaft.

In der Stationsversammlung wurden die organisatorischen Probleme der Station besprochen wie z.B. das Aufstellen der Reinigungspläne und der Hausordnung. Hier hatten die Patienten auch Gelegenheit, mit Pflegepersonal und Ärzten zu diskutieren. Die Stationsversammlung war für sie eine Plattform, ihre Nöte auszusprechen, sich von dem belastenden Druck zu befreien. Sie trug entscheidend zur Klimaverbesserung auf der Abteilung bei (KOESTER 1967).

Zur Gewährleistung eines hohen Informationsflusses und um den Umgang der Betreuer und Therapeuten mit den relativ selbständigen und kritischen Patienten zu schulen, fanden Teambesprechungen in der Düsseldorfer Klinik statt. Ärzte, Schwestern, Pfleger, Beschäftigungstherapeuten und Fürsorger nahmen daran teil. Einmal in der Woche stellte das therapeutische Team unter Aufsicht eines Gruppenleiters eine Selbsterfahrungsgruppe dar. Sie diente dazu, in Form einer Aussprache Gefühlsreaktionen zwischen den Therapeuten und den Patienten offenzulegen.

Aus Haus 8 wurde 1973 die Station 19 c mit 20 Patienten beiderlei Geschlechts im Alter zwischen 18 und 45 Jahren belegt. Am Behandlungsprogramm nehmen seit 1974 die Patienten der Tagesklinik teil, was sich für beide Stationen als vorteilhaft erwies. (Auszüge aus der Hausordnung der Station 19 c im Anhang p. 210 bis p. 211) Die pflegerische Besetzung schrumpfte aus einem personellen Notstand heraus von 1968 bis Oktober 1973 um die Hälfte. Einzeltherapie und ärztliche Visite fanden nicht statt. Die Großgruppe mit 20 Patienten traf sich 3 Stunden in der Woche. Daneben wurden zwei analytische Gruppentherapiestunden mit 8 bis 12 Patienten abgehalten (LEHMANN 1973). Zur Besprechung von organisatorischen und administrativen Regelungen wurden vier Stationsversammlungen in der Woche einberufen. Neben den Teambesprechungen und Selbsterfahrungsgruppen kamen Verhaltenstrainingsgruppen zusammen. In diesen sog. "Balint-Gruppen" besprach das Team schwierige Situationen, in die jeder, der auf einer solchen Station arbeitete, zwangsläufig kommen konnte.

Wenn therapeutische Befreiungsbestrebungen so weit gehen, daß therapeutische Gemeinschaftsgruppen als dominierende Therapieform in einem psychiatrischen Großkrankenhaus eingeführt werden sollen, und alle anderen notwendigen Behandlungsmaßnahmen nicht mehr ausreichend berücksichtigt werden, kommt es zu Spannungen und Reibereien in der Klinik. Wird eine "in ihren Indikationsbereichen nützliche Organisationsform wie die therapeutische Gemeinschaft zu einer Art Erlösungspsychiatrie überhöht" ...," müssen Einwände gemacht werden ...." (HEINRICH 1974). Als Gefahren einer kritiklosen Anwendung der therapeutischen Gruppen nannte HEINRICH (1974) aufgrund Düsseldorfer Erfahrungen:

* Extraversion von Aggressivität als Scheinbewältigung individueller und kollektiver Problematik. Das Feindbild, das die Gruppe gegen Institutionen, Mißstände oder Einzelpersonen entwickelt, läßt die Mitglieder noch enger zusammenrücken und macht sie stark. Diese Aggressivität läßt sich leicht provozieren und manipulieren. "Es gibt Beispiele bitterer Gegnerschaft in psychiatrischen Krankenhäusern", in denen sich entgegengesetzte therapeutische Richtungen wie z. B. die sogenannte "dynamische" und die "klassische klinische Psychiatrie" befehden.
  "Die allmähliche Durchdringung des gesamten psychiatrischen Krankenhauses mit den Ideen der autonomistischen, gestufte Verantwortlichkeiten und Weisungsbefugnisse zerstörenden, die Rollenverwischung ermöglichenden sogenannten Demokratisierung" verläuft nicht so harmlos friedlich wie dies der Begriff der "friedlichen Durchdringung" (FLEGEL) vortäuschen kann (HEINRICH 1974).

* Mit abnormer Aggressivität nach außen kann eine unproduktive Autonomisierung einhergehen. Häufig kommt es zu einer Abkapselung der therapeutischen Gemeinschaft nach außen in dem esoterischen Bewußtsein, etwas Besonderes zu sein, anstatt die Prozesse der Gruppe auch dem ganzen psychiatrischen Krankenhaus gegenüber durchsichtig zu machen und Initiativen für das Prinzip der Gruppenarbeit zu wecken (PLOEGER).

* Als weitere Degenerationsform ist die Entstehung einer Kollektivpsychiatrie anzusehen, in der die individuellen Bedürfnisse der Patienten nicht ausreichend berücksichtigt werden können.

* Die exzessive Permissivität in manchen therapeutischen Gruppen, die alles durchgehen läßt ohne negative Verstärker zu bilden, schadet letztlich dem einzelnen Patienten am meisten.

" Aggressive Verhaltensweisen psychotischer und neurotischer, auch alkohol- und drogenabhängiger Patienten werden wegen ihrer nicht ganz seltenen phänomenologischen Ähnlichkeit mit Protesthandlungen ganz anders motivierter Einzelpersonen und Gruppen nicht mehr unter dem beherrschenden Gesichtspunkt einer psychotischen oder neurotischen Symptomproduktion gesehen, sondern als Ausdruck einer berechtigten Auflehnung gegen untragbare Zustände" (HEINRICH 1974).

Wünschenswert für eine erfolgreiche Behandlung vor allem der endogenen Psychosen ist die Kombination einer ausreichenden Pharmakapsychiatrie und einer rationalen Gruppentherapie in der Psychiatrie.

Arbeits- und Beschäftigungstherapie

Unter Arbeitstherapie verstehen SCHULTE und TÖLLE eine Behandlung, bei der Arbeit das Mittel der Therapie ist. Arbeit muß wirklich Arbeit bleiben und darf nicht zum Spiel, zur unverbindlichen Beschäftigung oder zum bloßen Zeitausfüller werden. HEINRICH hält heute die Unterscheidung zwischen Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie unter medizinischen Gesichtspunkten für nützlich. Für viele Patienten ist die Beschäftigungstherapie das Vorfeld der Arbeitstherapie gewesen.

" Während das Leistungsprinzip in der Beschäftigungstherapie keine wesentliche Rolle spielt, wird es in einer dem Leistungsvermögen des Kranken angepaßten Weise in die arbeitstherapeutische Methodik eingeführt werden müssen"(HEINRICH)

Arbeitstherapie

Die Umwälzung in den therapeutischen Möglichkeiten, die seit 1952 durch die Einführung der Psychopharmaka eintrat, wurde auch in den Aktivitäten der Arbeitstherapie deutlich. Um möglichst viel von der Außenwelt und vor allem von der Arbeitswelt außerhalb der Klinik in den Bereich der psychiatrischen Behandlung miteinzubeziehen, stellte man sich in Düsseldorf nach und nach auf industrielle Fertigungsweisen um. Im Landeskrankenhaus Düsseldorf besteht neben der hausbezogenen Arbeitstherapie, die WINKLER als "klinikzentrierte Arbeitstherapie" bezeichnet , die Möglichkeit, eine industriebezogene Tätigkeit zu verrichten. WINKLER hat die klinikzentrierte Form sehr kritisiert. Er ist der Meinung, daß sie eine Form der Ausbeutung der Patienten durch die Institution darstelle und nicht primär den Interessen der Kranken diene. Die Feststellung wurde von vielen Patienten, Ärzten und Pflegekräften aufgegriffen. Sie führte bei vielen zu einer generellen Ablehung der Arbeitstherapie in einem psychiatrischen Krankenhaus. HEINRICH sagte dazu:

> " Die Interessen der Patienten haben Vorrang, es ist nicht zu vertreten, daß die Arbeitskraft von Patienten ausschließlich oder vorwiegend im Interesse des Krankenhauses ohne entsprechende Entlohnung eingesetzt wird."

Ohne die Hilfe der Patienten wäre keine funktionsfähige Klinik denkbar (KULENKAMPFF 1975). Aus Personalmangel kann der Klinikbetrieb nur mit arbeitenden Patienten aufrechterhalten werden. HEINRICH fordert deshalb eine drastische Verbesserung der personellen Ausstattung des Krankenhauses und eine angemessene Ent-

lohnung für die in seinem Betrieben arbeitenden Patienten. Vom Landschaftsverband Rheinland wurden seit 1975 mit bisher vier regelmäßig arbeitenden Patienten Verträge abgeschlossen, nach denen die Arbeit dieser Mitarbeiter in der Düsseldorfer Klinik regulär vergütet wird und sie eine Sozialversicherung erhalten. Nach der neuen Behindertengesetzgebung sollen alle diejenigen, die 20 % ihrer Arbeitsleistung in einem Krankenhaus oder Heim erbringen, dafür entlohnt werden.

Ziel der arbeitstherapeutischen Rehabilitation ist die Entlassung des Patienten in die Außenwelt, jedoch gibt es " eine Gruppe schwerstbehinderter und hochgradig verhaltensgestörter Kranker, die intramural in einer Arbeitstherapie gefördert werden müssen, ohne daß sich in jedem Fall die Aussicht auf eine extramurale Rehabilitation ergibt" (HEINRICH). HEINRICH befürwortet die Mitarbeit in den Betrieben der Klinik durch derartige Kranke. Er tritt der Einstellung entgegen, die oft geäußert wurde, daß der Patient, wenn er krank ist, auch arbeitsunfähig sei und deshalb nicht in der Arbeitstherapie tätig sein könne. Nach HEINRICHs Erfahrungen waren die Patienten die Leidtragenden, "die dann untätig und in Gefahr zu verwahrlosen und in einen sekundären Alkoholismus hineinzugeraten auf manchen Stationen lebten".

In einer Untersuchung von sozial isolierten chronisch Schizophrenen mit abgeklungenem Krankheitsbild im Landeskrankenhaus Düsseldorf wurde 1968 der Entlassungswunsch der Patienten in Abhängigkeit von ihrem Arbeitseinsatz geprüft. Rund 500 Patienten, in erster Linie Oligophrene, bekleideten 1968 Arbeitspositionen auf den Stationen und in den handwerklichen Betrieben der Klinik. Damit war damals genau wie 1976 ein Drittel

aller Patienten über die Arbeitstherapie in den Arbeitsprozeß eingeschaltet. Im Februar 1976 arbeiteten 324 männliche und weibliche Patienten in den Werkstätten, Versorgungsbetrieben, Park- und Gartenkolonnen der Klinik. (Genaue Aufschlüsselung der einzelnen Arbeitsformen und der Zahl der Patienten im Anhang p. 212) Eine Untersuchung beschäftigte sich im Rahmen einer Dissertation (LICHT 1969) mit der Frage, ob eine verstärkte Eingliederung des Patienten in die Arbeitswelt der Klinik den Patienten nicht zu stark an die Klinik bindet und damit die Resozialisierung in die alte soziale Umwelt erschwert. Es wurde die deutliche Tendenz einer höheren Bereitschaft zur Resozialisierung bei denen festgestellt, deren Aufgabenbereich sich auf die Station bezog gegenüber einem Arbeitseinsatz außerhalb der Station. Daneben waren die Bereitschaft zur Resozialisierung und damit die Rehabilitationschancen stärker im Verhältnis zum Arbeitseinsatz gemindert, wenn eine soziale Isolierung des Patienten bestand. Die Befragung der Arbeitstherapeuten hinsichtlich der Unentbehrlichkeit der chronisch Kranken am Arbeitsplatz zeigt, daß sie einen nicht wegzudenkenden wirtschaftlichen Faktor der Klinik darstellen.

In der industrieorientierten Arbeitstherapie waren im Februar 1976 150 männliche und weibliche Patienten jeden Tag 6 Stunden tätig. Je nach Fähigkeit des einzelnen Patienten werden die Arbeiten von den Arbeitstherapeuten in verschiedene Schwierigkeitsgrade eingeteilt. Beim Sortieren von Schulmaterialien in der Düsseldorfer Klinik war die unterste Stufe das Sortieren von Farben, dann der Größe und eine anspruchsvollere Aufgabe war das Einordnen der Materialien nach Formen. Wie in einem richtigen Betrieb hat der Arbeitstherapeut einen der Patienten zum Vorar-

beiter bestimmt, der für den reibungslosen Ablauf sorgt. Bei der industrieorientierten Arbeitstherapie werden Aufträge von außenstehenden Firmen ausgeführt. Ein Arbeitstherapeut (MEIS) berichtete, daß die Arbeiten von den Patienten zwar nicht zu einem bestimmten Termin fertiggestellt werden könnten, daß jedoch die Arbeit sorgfältiger und besser von den Kranken geleistet würde als von den Firmenarbeitern selbst. Konjunkturschwankungen wirken sich sehr negativ auf die Arbeitstherapie aus. Einmal ist es dann schwierig,einen geeigneten Arbeitsauftrag von einer Firma zu bekommen. Zum anderen müssen gerade für eine bestimmte Tätigkeit ausgestattete Arbeitsräume in der Klinik leerstehen, wenn die Firma keine weiteren Aufträge mehr erteilen kann. Ein Beispiel dafür ist die Firma Kiepe - Elektrik, die seit 1969 mit der Düsseldorfer Klinik zusammenarbeitet. Für die Montage von Straßenbahnschaltern wurden Drehbänke,Bohrmaschinen und Montagebänke im Keller des Hauses eingerichtet. Die Patienten lernten mit den Maschinen umzugehen. Doch 1975 konnte die Firma aufgrund der schlechten Konjunkturlage keine weiteren Aufträge mehr erteilen. Die Werkräume und Geräte bleiben ungenutzt.

Seit 1958 werden für die Firma Schürholz/Drolshagen Butterbrotpapiere abgezählt und zu Rollen verpackt. Seit 1961 besteht die Zusammenarbeit mit der Firma Tornado/ Lintorf, für die Dübel und Nägel montiert werden. Diese Aufgabe hat die Arbeitsgruppe C, Haus 5, mit 24 Patienten. Weiter arbeiten
für die Firma Heckmann/Gleidingen seit 1974 Patienten aus Haus 5 und 8. Sie packen Wäscheleinen in 10 und 20 Meter Länge für den Versand ab. Seit 1975 werden von Haus 5, 19,23 und 10 für die Firma Prinz/Goch Kippdübel zusammengesetzt und für die Firma Weber/Haan von 12 Patienten aus Haus 19 Dichtungen geschnitten und von 12 Patienten aus Haus 23 Batterieverschlüsse

montiert. Seit 1970 werden für die Firma Henkel/Düsseldorf verschiedene Werbe- und Gebrauchsartikel zum Versand abgepackt. Im Frühjahr 1976 wurde ein Großauftrag von Henkel vergeben. 82 Patienten der Häuser 2, 4, 5 b und 10 sortieren und packen Hafties und Prittstifte. Eine Übersicht über die Gebäude der Düsseldorfer Klinik zeigt, welche Häuser für die industrielle Arbeitstherapie und welche für die Beschäftigungstherapie tätig sind (Übersicht über die industrielle Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie p. 88).

Die Bezahlung erfolgt nach Leistung. Sie ist von 3,- DM bis 15,- DM pro Woche gestaffelt. Nach Auskunft der Arbeitstherapeuten ist die industriebezogene Arbeit anfangs besser bezahlt worden als die hausbezogene Arbeit. Auch heute noch ist die zum Teil sehr schwere körperliche Arbeit in den Außenkolonnen wie z.B. das Transportieren von Möbeln, Entladen von Kartoffelsäcken etc. weniger beliebt bei den Patienten. Heute gibt es gleichen Arbeitslohn für die haus- und die industriebezogene Arbeit in Düsseldorf. Im Januar 1976 betrug die durchschnittliche Arbeitszeit je Patient 120 Stunden pro Monat, die durchschnittliche Arbeitsprämie je Patient 34,40 DM. Die Bezahlung spielt eine wichtige Rolle für die seelische Stabilisierung der Kranken. HEINRICH fordert:

> " Die Frage der gerechten Entlohnung der Patienten in der Arbeitstherapie muß nach den umfangreichen Diskussionen der letzten Jahre jetzt gelöst werden."

Geldmangel und Auftragsrückgang hatten im Sommer 1974 zu Protesten und Rebellion im Landeskrankenhaus Düsseldorf geführt.

NUTZUNGSART
BETTENBAUTEN
WOHNBAUTEN
SONSTIGES
K. u. Jg. Psych
H I
H II
H 13
H 14
H 1
H 3
H 4
H 6
H 8
H 9
H 10
H 11
H 16
H 17
H 18
H 19
H 15
H VI
H VII
K 1
K 2

Aus Enttäuschung über eine 25 %ige Kürzung der Arbeitsprämien zerstörte eine kleine Patientengruppe der Station 6 c (durch Gerichtsbeschluß eingewiesene psychisch kranke Rechtsbrecher) Fenster und einen Teil der Einrichtung. Ursache war der Rückgang der Arbeitsaufträge einiger Düsseldorfer Firmen und die dadurch notwendig gewordene Entscheidung der Klinikleitung, eine Arbeitsprämienkürzung vorzunehmen. Grundstock der Kasse, aus der die Prämien gezahlt werden, ist ein vom Landschaftsverband bewilligter Betrag von 175.ØØØ,- DM. Zusätzliches Geld wird in der Klinik durch die Firmenaufträge erwirtschaftet. Insgesamt wurden im Januar 1976 4575,- DM Arbeitslohn für die industriebezogene Tätigkeit gezahlt. Ein Problem der Arbeitstherapie ist neben der Entlohnung auch der Mangel an geeignetem Fachpersonal. Eine große Zahl von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten fehlt an den psychiatrischen Krankenhäusern. Der Landschaftsverband Rheinland hat in Düren und Essen zwei entsprechende Lehrgänge eingerichtet. Weitere Ausbildungsplätze müssen gegründet werden (HEINRICH).

Beschäftigungstherapie

Nach Einführung der Psychopharmaka ist es in zunehmendem Maße möglich geworden, den Patienten zu differenzierteren und vielfältigeren Aufgaben hinzuführen. Die Beschäftigung in Landwirtschaft und Gartenbetrieben rückte immer mehr in den Hintergrund zugunsten einer künstlerisch handwerklichen Gestaltung. HEINRICH hält die Beschäftigungstherapie für eine Behandlungsform für Akutkranke und für hochgradig geistig Behinderte. Seiner Meinung nach hat sie einen Doppelaspekt.

"Einmal soll die Kreativität des Kranken durch kunsthandwerkliche Tätigkeit und bildnerisches Gestalten gefördert werden, auch der Patient, der bisher solche Tätigkeiten nicht ausgeübt hat, soll diese Möglichkeiten entdecken und verwirklichen. Es wachsen ihm auf diese Weise Selbstbewußtsein, Kontaktfähigkeit und häufig auch affektive Ausgeglichenheit zu. Ein zweiter Gesichtspunkt der beschäftigungstherapeutischen Zielsetzung ist die allmähliche Heranführung an die von den Patienten in der Realität verlangten Verhaltensweisen. Die Beschäftigungstherapie gewinnt dabei über den Aspekt des Werkens und Bastelns, des Umgangs mit Material hinaus eine gruppentherapeutische Bedeutung."

Zum beschäftigungstherapeutischen Angebot des Landeskrankenhauses Düsseldorf gehören Gestaltungs-, Werk- und Maltherapie ebenso wie Tanz- und Bewegungsspiele, Rhythmik und Musiktherapie. Eine sinnvolle und anregende Betätigung ist notwendig, um das "Gestimmtsein" der Kranken zu heben und damit eine angenehme Atmosphäre zu schaffen (LAUBER 1962). PANSE bestätigte diese Wirkung auf die seelischen Bereiche in der Persönlichkeit des Patienten anhand von Erfahrungen in der damals gerade erst eröffneten Aufnahmeklinik. Anfangs hatte sich dort für einige Wochen eine geeignete Betätigungstherapie noch nicht eingespielt, was sich in einer dysphorischen und gelangweilten Stimmung der Patienten äußerte, obwohl ihnen eine schöne Umgebung in der neuen Klinik geboten wurde. Erst nachdem sich eine geregelte Beschäftigung für alle gefunden hatte, änderten sich Atmosphäre und Stimmung in auffälliger Weise (PANSE).

Neben den Beschäftigungsmöglichkeiten auf den einzelnen Abteilungen stehen der Beschäftigungstherapie die Häuser 2 und 19 zur Verfügung. In Haus 2 wurden im Januar 1976 25 Patienten in der

Zeit von 8 bis 10.30 Uhr und von 14 bis 16 Uhr betreut. Ein im Januar 1972 entstandener Arbeitskreis zur Aktivierung von Langzeitpatienten wird von Laienhelfern gebildet, die sich mit den Patienten zusammensetzen und mit ihnen basteln und werken. Durch Spiele und Basteln helfen sie Persönlichkeitsveränderungen, Verhaltensstörungen und Hospitalisierungsschäden abzubauen. Selbstachtung und neuer Mut zur Leistung werden gefördert. Unter Mithilfe der Patienten wurde der Kellerraum im damaligen Haus M 2 mit poppig-bunten Wänden und farbenkräftigen Bildern ausgestattet und zu einem Bastelkeller umfunktioniert. Ausstellungen von Bildern und Tonarbeiten aus der Düsseldorfer Klinik, wie die im März 1974 im Verwaltungsgebäude oder in der Düsseldorfer Kunsthalle "Bilder aus Kliniken", fanden in der Öffentlichkeit große Anteilnahme. An den Verkaufsständen beim Sommerfest gewinnen die in der Beschäftigungstherapie entstandenen Kunstwerke schnell ihre Käufer.

Die Beschäftigungstherapie leidet sehr unter dem Mangel an Fachkräften. Am Landeskrankenhaus Düsseldorf steht nur eine ausgebildete Beschäftigungstherapeutin der Klinik ganztägig zur Verfügung. Daneben ist eine halbtägig beschäftigte Therapeutin in der Beschäftigungstherapie der Düsseldorfer Klinik tätig. Aufgrund der vorhandenen Räume könnten die doppelte Anzahl Patienten betreut werden, wenn die noch unbesetzten 1 1/2 Stellen mit Beschäftigungstherapeuten besetzt würden (ARENDS-GRÖTZINGER). In der Bundesrepublik fehlen 1000 Beschäftigungstherapeuten.

Die schon in früheren Jahren gern geübte Musiktherapie mittels Orchestern und gemischten Patientenchören wird heute wieder in zunehmendem Maße angewendet. Auf die ersten Patientenchöre gegen

Ende des 19. Jahrhunderts wiesen PANSE und FRANKE hin. Sie bezeichneten sie als eine Musik, an der die Patienten aktiven Anteil hatten und die den zwischenmenschlichen Kontakt förderte. Die Musiktherapie hat die Aufgabe, "innerhalb des gesamten Behandlungsplanes zur Auflockerung der affektstumpfen Patienten und damit zur Resozialisierung der Kranken beizutragen" (SEEBANDT, BAYER). Eine überragende Rolle spielt die Singgruppe, die eine Loslösung des Patienten von seinen um die Krankheit kreisenden Gedanken bewirkt. In einer geschlossenen Singgruppe halten sich die länger in stationärer Behandlung verweilenden Kranken auf, während Patienten mit akuten Krankheitssymptomen und kurzer Verweildauer in offenen Gruppen zusammengefaßt werden (PANSE, FRANKE). Bei Patientenumfragen im Landeskrankenhaus ergab sich ein überwiegendes Interesse für die Singgruppenarbeit (55 %); für eine reine Instrumentalgruppe sprach sich nur eine kleine Minderheit aus (SEEBANDT, BAYER). Ein besonderes Erfolgserlebnis, das beim Vorsingen vor anderen Kranken entsteht, festigt das Zusammengehörigkeitsgefühl der Mitglieder der Singgruppe und das Selbstvertrauen des Einzelnen. Rein rhythmische Übungen können katatonen und stumpfen Kranken Antrieb vermitteln (SEEBANDT 1967). Die Musiktherapie stellt nach Aussage von SEEBANDT, der langjährigen Musiktherapeutin in Düsseldorf, eine brauchbare Ergänzung des gesamten Therapieplanes dar, vor allem im Hinblick auf die Resozialisierungsbestrebungen für chronisch Kranke.

5.2.1.3 Alkoholkrankenbehandlung

Alkoholismus liegt nach der Weltgesundheitsorganisation vor, wenn die Trunksucht eine körperliche, psychische und soziale

Schädigung des Trinkers verursacht hat. In seinen Folgeerscheinungen und Entstehungsbedingungen weist der Alkoholismus mit der Drogenabhängigkeit viel gemeinsames auf. In der Düsseldorfer Klinik werden Alkoholiker sowie in geringerer Zahl auch Drogen- und Medikamentensüchtige gemeinsam in einer Station mit den gleichen Methoden behandelt.

Die Entwicklung der gruppentherapeutischen Behandlung bei chronischem Alkoholismus setzte in Düsseldorf mit LEWIN 1960 ein. Später führte MENTZEL(1962) diese erfolgreiche Behandlung in Düsseldorf fort. Er berichtete einigen Patienten von den A A Gemeinschaften = Anonyme Alkoholiker, die in den USA große Erfolge verzeichneten. Nach der Entlassung trafen sich diese Patienten in ihren Wohnungen, besprachen ihre Alltagsprobleme und machten sich neuen Mut bis zum nächsten Treffpunkt. Aus diesem Kreis entwickelte sich die AA-Bewegung in Düsseldorf und verbreitete sich von da aus in ganz Nordrhein-Westfalen (MÜLLER 1967). MENTZEL unterstützte die Bemühungen der AA-Bewegung. Er half ihnen auch in Düsseldorf einen geeigneten Raum zu finden, weil ihre Mitglieder immer zahlreicher wurden. Zum ersten offenen Meeting, das im Hörsaal des Rheinischen Landeskrankenhauses stattfand, traten PANSE und WEGENER als Referenten auf, daneben erschienen auch viele Interessierte aus sozialen, karitativen und amtlichen Einrichtungen. Bis heute hat sich die enge Verbundenheit zwischen der AA-Gemeinschaft und den Alkoholikerstationen erhalten. Die AA veranstalten in regelmäßigen zeitlichen Abständen Treffen auf den Stationen des Landeskrankenhauses.

1965 wurde eine Alkoholikerstation in Düsseldorf eingerichtet (HÖFFKEN). Ansätze einer therapeutischen Gemeinschaft mit Stationsversammlung und Teambesprechung wurden geschaffen. Schwer-

punkte der Behandlung waren Gruppen- und Arbeitstherapie.

Seit 1970 wendet man die Erfahrungen, die auf der milieutherapeutischen Station(Haus 8) in Düsseldorf unter FLEGEL, DOMINICUS, LEHMANN gemacht wurden, auf den Alkoholikerbereich an. Die Station wurde geöffnet und weibliche Patienten in die Gruppe aufgenommen. Sie verfügt jetzt über 32 Betten, die mit 22 Männern und 10 Frauen belegt sind. In der Regel wird sie als offene Station geführt, nur wenn die Stationsgemeinschaft die Indikation für eine Schließung sieht, wird sie geschlossen. Nicht aufgenommen werden akute Alkoholpsychosen oder suizidale Kranke, die auf der allgemeinen Aufnahmestation versorgt werden. Das Ergebnis eines halbstandardisierten Interviews legt fest, ob die Patienten die Aufnahmekriterien wie Krankheitseinsicht, Problembewußtsein, Behandlungsmotivation mitbringen (BRENK). Die Station ist aufgebaut auf den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Zu dem auf der Station arbeitenden Team zählen:
1 Ober- und 1 Stationspfleger, 1 pensionierter Oberpfleger mit Teilzeit-Arbeitsvertrag, 1 Sozialarbeiterin, 2 Assistenzärzte, 1 Oberarzt und vorübergehend medizinische, psychologische und soziologische Doktoranden bzw. Diplomanden. Viele haben jedoch noch auf anderen Stationen Funktionen wahrzunehmen.

Zu Beginn einer Behandlung durchläuft der Patient eine Probezeit von 4 Wochen, erst danach beschließt das Team über den weiteren Verlauf der Therapie. Wird der Patient angenommen, so wird beraten, ob er in einer analytischen oder einer psychagogischen Gruppe besser aufgehoben ist. Die stationäre Behandlung in der analytischen Gruppe dauerte zunächst 7 Monate, in der

psychagogischen Gruppe 3 Monate. Auswahlkriterien waren nach DOMINICUS "Introspektionsfähigkeit und Konfliktbewußtsein". Vom 1.6.1966 bis zum 31.12.1971 wurden 460 Behandlungen durchgeführt, d.h. pro Jahr rund 84. Die mittlere Behandlungsdauer betrug ungefähr 3 Monate. Sie errechnet sich aus der Dauer für die 7monatige und 3monatige Behandlung und deren Abbrüchen und der 1monatigen Festigungsbehandlung (DOMINICUS 1974). 1971 wurden 82 Patienten behandelt, 77 Männer und 5 Frauen. 21 Patienten waren für eine 7monatige Behandlung vorgesehen, davon wurden 7 während des stationären Aufenthalts rückfällig. 37 Patienten waren für eine 3monatige Behandlung vorgesehen, von denen 6 rückfällig wurden und 13 Patienten waren für eine 1monatige Behandlung vorgesehen. Nach Ablauf der Probezeit wurden 7 Patienten nicht akzeptiert, 4 verließen das Krankenhaus (DOMINICUS 1974).

Ab 1.7.1972 änderte sich die Aufenthaltsdauer. Seitdem gibt es einen Mindestaufenthalt von 4 Monaten für jeden Patienten mit individueller Verlängerungsmöglichkeit um 1-2 Monate, um einer Therapiemüdigkeit und Hospitalisierungssymptomen vorzubeugen. Verpflichtend ist eine Nachbetreuung von mindestens 6 Monaten nach der Entlassung. Aus den angebotenen Möglichkeiten der Nachbetreuung: Ambulanz, Entlassenengruppe, ambulante analytische oder psychagogische Gruppen, Meetings der AA oder des Kreuzbundes, kann sich der Patient das für ihn geeignete auswählen. Die von den Patienten aufgestelle Hausordnung hat sich im Laufe der Jahre zu der jetzt gültigen Form entwickelt und ist weiterhin modifizierbar. Sie regelt das Stationsleben, die Selbstverwaltung und Mitbestimmung der Kranken und erklärt in einer Präambel:

" Die Abteilung besteht aus Patienten, die sich zu einer Alkoholentziehungsbehandlung bereit erklärt haben. Die Abteilung verwaltet sich nach demokratischen Regeln selbst. Diese Hausordnung wurde daher auch von den Patienten festgelegt und anerkannt".

Es folgen die Erläuterungen des Wochenplans, der Ausgang- und Urlaubsregelung und die Erklärung der Funktionen innerhalb der Station (Wochenplan von Haus 22 im Anhang p.213/4) Ein Gruppensprecher wird gewählt. Er leitet die Stationsversammlung und vertritt die Belange der Gruppe nach innen und außen. Der Innendienstleiter ist verantwortlich für die Sauberhaltung der Station und verwaltet den Stationsschlüssel. Die Vertrauenspatienten vertreten die Gruppe in den Teambesprechungen.

Während der 4 Wochen Probezeit kann der Patient nur dann das Krankenhaus verlassen und innerhalb des Klinikgeländes spazierengehen, wenn er von einem ausgangsberechtigten Patienten begleitet wird. Danach darf er sich allein innerhalb des Klinikgeländes aufhalten. 3 Wochen nach Ablauf der Probezeit sind abwechselnd Wochenendurlaub und Tagesurlaub zum Wochenende für den Patienten erlaubt. 6 Wochen nach Ablauf der Probezeit sind Wochenendurlaub und Freizeitausgang von Montag bis Freitag zwischen 11 Uhr und 13 Uhr und zwischen 17 Uhr und 21 Uhr möglich.

Die Gruppenpsychotherapie wird in einer Großgruppe ausgeübt, die Sitzung der therapeutischen Gemeinschaft und in 3 Kleingruppen, der analytischen, der psychagogischen und der Informationsgruppe. Therapeuten unter Supervision eines Psychoanalytikers leiten diese Gruppen (JOCHINKE 1976). Die Behandlung ist schwerpunktmäßig eine Psycho- und Soziotherapie. Auf medikamentöse Behandlung verzich-

tet man weitgehend, um keine Suchtverschiebung auf psychotrope Pharmaka zu riskieren. Ziel der Behandlung ist nach DOMINICUS die Lösung der neurotischen Konflikte und Probleme, die zur Sucht führten. Voraussetzung der Therapie ist natürlich die Alkoholabstinenz, die nur ertragen werden kann, wenn eine Harmonisierung und Festigung der Persönlichkeit eingetreten ist. Alle 14 Tage finden Gruppensitzungen für die Angehörigen der Alkoholkranken statt, die in die Therapie miteinbezogen werden.

Die ambulante Behandlung ist für eine erfolgreiche Rehabilitation unerläßlich, da sich der rehabilitative Prozeß über zwei Jahre hinzieht und gerade in dieser Phase die Rezidivgefahr am größten ist (JOCHINKE). Neben den Ambulanzsprechstunden stehen den Patienten 11 Verbände zur Verfügung, die regelmäßig Arbeitsgruppen bilden, Sprechstunden halten, Kontakte und Hilfe anbieten (MÜLLER).

Kritik gegen diese Form der Alkoholikerbehandlung richtet sich gegen die Liberalisierung, einmal durch die Gemischtgeschlechtigkeit auf der Station, zum anderen durch die permissive Einstellung der Therapeuten. Diese Freizügigkeiten sollen zu einer erhöhten Rückfallhäufigkeit bei Alkoholkranken führen. Auf die Düsseldorfer Therapie trifft dieser Vorwurf nicht zu, da nach Aussage von DOMINICUS nur einmal im Monat ein Rückfall auftritt. Zu dem Rückfallproblem sagt die Hausordnung:

> " Alkoholgenuß ist ein schwerer Rückfall in die Krankheit. Bei einem Rückfall wird - falls der Patient die Behandlung nicht abbrechen will - in einer Stationsversammlung mit dem Patienten versucht, die Motive zu ergründen, die

zum Rückfall führten. Die Stationsversammlung wird dem Team Vorschläge für die eventuelle Weiterbehandlung des Patienten machen und notwendige Schutzmaßnahmen, die im Interesse des Patienten liegen, beschließen."

1971 wurden von 82 behandelten Patienten 13 rückfällig, nur 6 Kranke mußten die Station wegen Nachlassen der Behandlungsmotivation verlassen. Im August 1975 zog die milieutherapeutische Abteilung der Alkoholkranken H 1 aus ihrer Etage über der Verwaltung um nach Haus 22. Das Haus steht ihr allein zur Verfügung.

Neben der milieutherapeutischen Station gibt es in der Düsseldorfer Klinik eine Kurzzeitbehandlung für die Alkoholkranken. Noch bis Ende 1972 wurden die Alkoholkranken zunächst in die sogenannte Aufnahmeklinik eingewiesen. Dort hielten sie sich auf einer Abteilung zusammen mit Psychose- und Neurosekranken auf. An bestimmten Stichtagen wurde die "Aufnahmeklinik" knapp zur Hälfte durch Alkoholiker der verschiedensten Art überflutet (HEINRICH 1972). Die Therapie, die diesen Alkoholikern angeboten werden konnte, war schon von der Menge der aufgenommenen Patienten her notwendigerweise unzureichend. Es kam zu raschen Rückfällen, raschen Entlassungen, und zu Wiederaufnahmen nach kurzer Zeit. Im Alkoholikerbereich hatten sich Drehtürpsychiatrie und die Gefahr therapeutischer Resignation ausgebreitet.

Seit Oktober 1973 gibt es die Station 10 b(frühere Bezeichnung F 4 b) als Aufnahmestation für männliche Alkohol- und Medikamentensüchtige, die durch Zusammenlegung der Stationen M 5a (geschlossen) und F 4b (offen) entstanden ist. Diese waren seit ihrer Gründung am 23.5.1972 personell unterbesetzt.

Durch die Zusammenlegung wurde ein neues Therapiekonzept notwendig im Sinne einer intensiven Kurzzeitbehandlung mit erweiterter ambulanter Nachbetreuung. Die Aufenthaltsdauer auf der Station 10 b ist auf 2 - 3 Wochen begrenzt, in denen

1. Entgiftung und körperliche Wiederherstellung
2. Information über die Alkoholkrankheit
3. Integration in ambulante Gruppen vorgenommen wird (DICKMANN).

Es werden alle primär Alkohol- und Medikamentenabhängigen aufgenommen mit Ausnahme der hirnorganisch veränderten Patienten, ebenso der schweren somatischen Veränderungen nach chronischem Alkoholismus wie Polyneuropathien oder Morbus Wernicke. Auch hier erfolgt bei jeder Aufnahme ein Interview. Damit werden Ort, Art und Zeitdauer der Behandlung festgestellt und dem Patienten gleich nach der Befragung mitgeteilt. 10 b ist eine offene Abteilung mit 23 Betten, die in Selbstverwaltung von den Patienten geführt wird. Die Hausordnung ist bindend für alle Krankenauf der Station .

In der täglichen Stationsversammlung werden alle Vorhaben des Tages besprochen wie Gruppenvisite, Arbeits- und Wohnungssuche und Kontaktaufnahme zu den Abstinenzverbänden. Hauptanliegen der Therapeuten ist die Information über Krankheit und Folgeerscheinungen. Die Informationsgruppen geben den Patienten Einblick in das Krankheitsbild des Alkoholismus und seine somatischen, psychischen und sozialen Veränderungen. Sie umfassen nicht mehr als 10 Patienten, die in Form einer Gesprächstherapie von einem Pfleger oder einer Schwester geleitet werden. Nachmittags findet die Arbeitstherapie statt, wobei die Patienten ebenfalls nur in Gruppen erscheinen, um sich gegenseitig zu kontrollieren. Der Kulturnachmittag soll dem Kranken zeigen, wie er eine sinnvolle Freizeitgestaltung nach

freier Wahl planen und durchführen kann. Abends steht der Kontakt mit den Abstinenzverbänden im Vordergrund der Therapie. Einmal in der Woche besuchen Vertreter der AA (Anonyme Alkoholiker) und des Kreuzbundes die Station, zwei Abende in der Woche wird eine Abstinenzgruppe in der Stadt besucht. Regelmäßig treffen sich ehemalige Patienten auf der Station, die von ihren Problemen, Erfahrungen und Schwierigkeiten berichten und Rat und Hilfe erteilen können. Daneben gibt es Patientenclubs für Entlassene und Stationäre (zur Zeit samstags zwischen 15 Uhr bis 21 Uhr), die regelmäßig besucht werden. (Therapieplan der Station 10 b vom 26.11. 1974 im Anhang p. 215).

Auf der Station 10 b werden 50 bis 70 Patienten im Monat behandelt. Ausnahmsweise werden auch ein oder zwei Delirpatienten aufgenommen. Mehr können wegen Personalmangel nicht betreut werden, weil sie einer intensiveren Pflege bedürfen. Im Februar 1976 waren 7 Pfleger, 3 Pfleger im Schichtdienst, 2 Ärzte und 1 Sozialarbeiterin dort beschäftigt. Da die weiblichen Alkoholkranken noch in Haus 2 ("Aufnahmeklinik") versorgt werden, ihre Aufnahmezahlen in den letzten Jahren jedoch stark angestiegen sind, ist eine gemischt-geschlechtliche Aufnahmestation für Alkoholiker geplant, die im Laufe des Jahres 1976 eingerichtet werden soll.

Der Ambulanz wird ein größerer Raum im Rahmen der Behandlung eingeräumt. Der auf der Station beschäftigte Therapeut hält einmal in der Woche abends Ambulanzsprechstunden ab, je nach Wunsch in Form von Gruppen- oder Einzelgesprächen. Voraus-

setzung sind Abstinenz und regelmäßiges Erscheinen. Grundsätzlich können auch Alkoholkranke ohne vorherigen stationären Aufenthalt ambulant betreut werden, doch fehlen meist ausreichende Krankheitseinsicht und dauerhafte Distanzierung vom Alkohol. Große Bedeutung hat die Familienambulanz für den Behandlungserfolg. Zur wöchentlich stattfindenden Angehörigen - Sprechstunde erscheinen hauptsächlich die Ehefrauen der Patienten zur Beratung. Die Antisozialität des Alkoholikers gegen seine Angehörigen, seine Aggressivität, sein Eifersuchtswahn betreffen in erster Linie seine Familie. In Form von Einzel- oder Gruppengesprächen werden die Angehörigen ausführlich über die Krankheit informiert und zur Mithilfe aufgerufen.

Der Außendienst im Alkoholkrankenbereich besucht einmal pro Woche (zwischen 17 Uhr und 20 Uhr) die Patienten außerhalb der Klinik. Pfleger und Fürsorger vergewissern sich, ob der Patient abstinent geblieben ist und ob sie ihn bei eventuellen Schwierigkeiten unterstützen können. Diese intensive Kurzzeittherapie ist das erste Glied einer therapeutischen Kette, um eine soziale Reintegration und damit wirksame Rehabilitation für den Alkoholkranken zu erreichen (DICKMANN).

5.2.1.4 Gerontopsychiatrische Behandlung

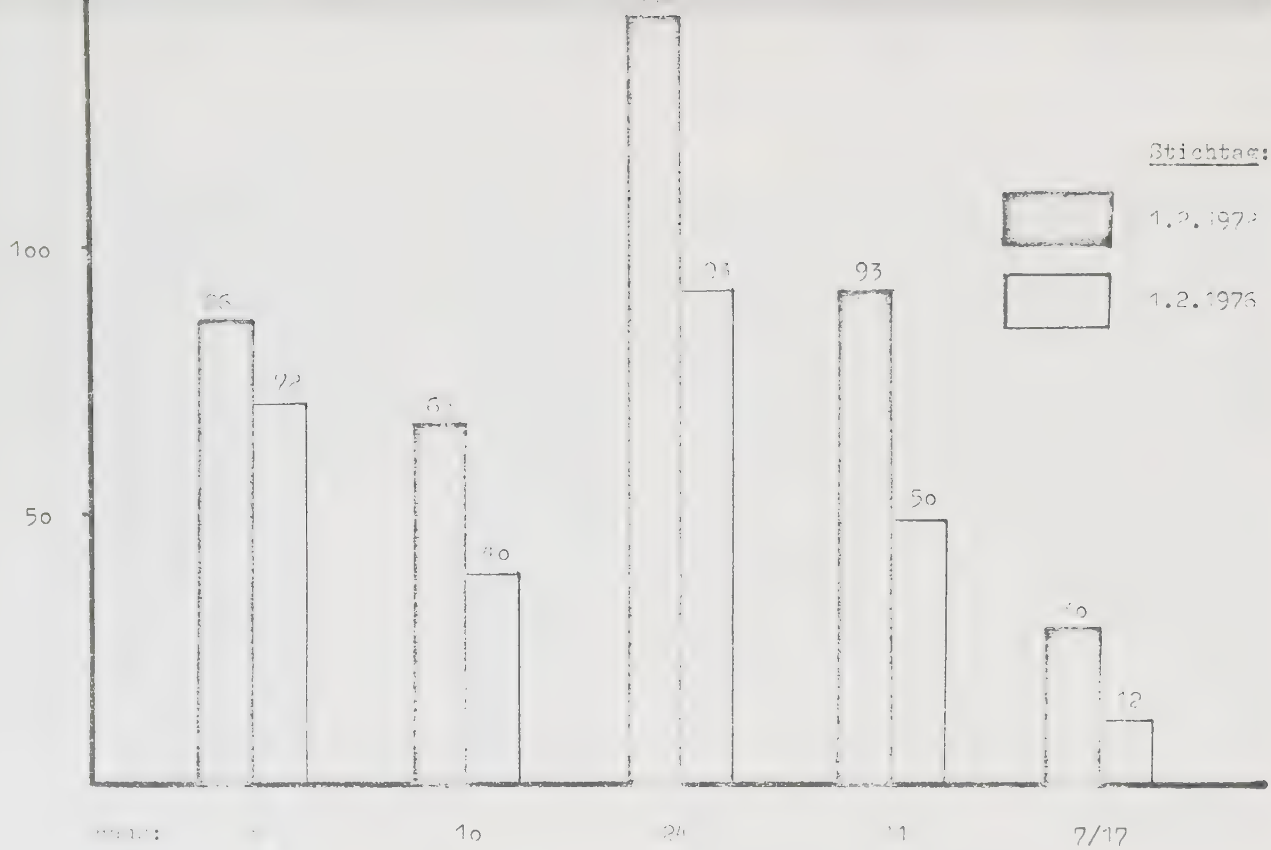
Von den knapp über 1000 Patienten der Düsseldorfer Klinik leiden 320 unter psychischen Alterskrankheiten. Aufgenom-

men in die gerontopsychiatrische Abteilung werden Patienten über 65 Jahre. Das Bild der psychiatrischen Altersabteilung in Düsseldorf hat sich in den letzten Jahren sehr gewandelt. Das wird besonders in den von KRETSCHMAR und JÖRGENS 1976 veröffentlichten Untersuchungsergebnissen deutlich. Seit 1972 kam es in allen Häusern der gerontopsychiatrischen Abteilung in Düsseldorf zu einer erheblichen Reduktion der Bettenzahlen (JÖRGENS 1976) (Entwicklung der Bettenzahlen in der gerontopsychiatrischen Abteilung p. 103)

Durch die Fortschritte der Medizin, insbesondere auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten, der Inneren Medizin, Chirurgie und durch die verminderte Säuglingssterblichkeit hat sich die Zahl der älteren Menschen enorm erhöht. Noch 1964 prägte eine "Atmosphäre tiefer Apathie"die geriatrischen Abteilungen in den psychiatrischen Krankenhäusern. Sie ist bedingt durch Kranke, die "keine gezielte Initiative und keine echte Anteilnahme mehr entfalten können ...." (PANSE). Nach PANSE soll eine geriatrisch - psychiatrische Pflegeabteilung folgende Faktoren in erster Linie berücksichtigen:

1. Intensive ärztliche Betreuung aller Altersbeschwerden und gesundheitlichen Komplikationen.
2. Reichliche Ausstattung mit geschultem und verständnisvollem Pflegepersonal.
3. Behaglichkeit und Bequemlichkeit bei guter Übersichtlichkeit.

Die sogenannte "Multimorbiditätsthese" besagt, daß alte Menschen neben ihren psychiatrisch neurologischen Symptomen weitere Leiden aufweisen. Oft spielen internistische Beschwerden



[illegible] der Gerontopsych[illegible] Abteilungen des [illegible] /
[illegible] Klinik der Universität D[illegible]

eine Rolle, die mitbehandelt werden müssen. Bereits bei ALBERT stand diese Multimorbidität der alten Kranken in Düsseldorf im Vordergrund der Behandlung. Die "Therapie außerhalb des Bettes" hat sich als sehr nützlich erwiesen (PANSE). Wenn es eben möglich ist werden die Patienten dazu angehalten, das Bett zu verlassen. Die sonst so häufigen Thrombosen und Embolien, Dekubitalgeschwüre und Pneumonien kommen damit kaum noch vor. Bei den im Bett gehaltenen alten Menschen erlöschen bald Interesse, Appetit und Sauberkeitsbedürfnis. Forcierte Dämpfung der Unruhe, medikamentös oder gar mechanisch, wurde in Düsseldorf abgelehnt, weil so das Leben drastisch verkürzt wurde (ALBERT 1964). Statt dessen wird auf ein freundliches Milieu besonderen Wert gelegt, in dem sich die alten Patienten wohl fühlen. ALBERT hielt zwei Behandlungsmethoden für die wichtigsten, um das Leben der alten Menschen zu verlängern und angenehmer zu machen:

" 1. Konservative Trainingsbehandlung durch Aufstehenlassen und lustbestimmtes Umherlaufen unter Vermeidung jeder erzwungenen Bewegungseinschränkung.

2. Aktive Herzbehandlung mit Strophantin und evt. Substitution der erlahmenden Stoffwechselkraft durch Blutübertragung."

Wissenschaftliche Forschungen in der psychiatrischen Geriatrie im Düsseldorfer Landeskrankenhaus beschäftigten sich in den sechziger Jahren hauptsächlich mit der senilen Demenz und der Alzheimerschen Krankheit (ALBERT 1964, 1964, 1964, 1965; ALBERT und GERHARD 1965). Die Zahl der Aufnahmen an Alterspatienten in den Rheinischen Landeskrankenhäusern hat nicht nur

absolut, sondern auch relativ im Hinblick auf die Bevölkerungsdichte enorm zugenommen. Hauptgrund dafür ist nach Meinung GELLERs (1967) eine umwälzende Veränderung in der Bewertung alter Menschen in der heutigen Gesellschaft. Trotz intensivster Bemühungen waren die Altersabteilungen Ende der sechziger Jahre stets überfüllt. Die sachgemäße Betreuung litt erheblich darunter. GELLER forderte 1967, daß nach Abklingen der akuten Erscheinungen eine baldige Entlassung und Betreuung außerhalb des Krankenhauses angestrebt werde. Sind die alten Patienten erst einmal über längere Zeit in einem Landeskrankenhaus und haben sich dort eingelebt, dann ist eine Rückverlegung oft außerordentlich schwierig. Die Überbelegung der psychiatrischen Altersabteilungen an den Landeskrankenhäusern stellt nach BERGENER (1968, 1970) eines der aktuellsten und vordringlichsten Probleme der klinischen Gerontopsychiatrie dar. Daneben spielt das "Misplacement" eine große Rolle. Viele alte Menschen befinden sich in der falschen Institution. Kranke mit chronischen hirnorganischen Symptomen leben in Altersheimen, dagegen befinden sich viele alte Menschen in Landeskrankenhäusern, die gut in Pflegeheimen oder in der Familie betreut werden könnten. BERGENER und BEHRENDS wiesen 1971 eine Misplacementquote von über 50 % an den Rheinischen Landeskrankenhäusern nach.

Überbelegung und Misplacement wurden auch im Rahmenplan des Landschaftsverbandes Rheinland 1972 angeführt. Hier wurde festgestellt, daß die einmal in den psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommenen, psychisch gestörten alten Kranken auch nach Besserung ihres Zustandes meist nur unter großen Schwierigkeiten eine angemessene Heimunterbringung finden

können. Das soziale Umfeld ist kaum bereit, diese vom Aufenthalt in der Nervenklinik Diskriminierten wieder aufzunehmen (HEINRICH 1973). In Untersuchungen am Landeskrankenhaus Düsseldorf wurde festgestellt, daß 72,6 % der Männer und 35,4 % der Frauen in der gerontopsychiatrischen Abteilung minimal pflegebedürftig sind, dagegen sind 9,4 % der Männer und 35,3 % der Frauen intensiv pflegebedürftig. Bei 58,5 % der Männer und 32,3 % der Frauen erwies sich eine weitere Anstaltsbetreuung als nicht mehr nötig. Diese Patienten verblieben in der Klinik, weil es keine anderen Unterbringungsmöglichkeiten mehr für sie gab (BERGENER).

Seit 1968 wurde an der Psychiatrischen Universitätsklinik-Rheinisches Landeskrankenhaus Düsseldorf ein interdisziplinäres geriatrisches Forschungsprojekt durchgeführt. Nach BERGENER (1971) waren seine Ziele:

1. Eine Totalerhebung aller in den Rheinischen und Westfälich-Lippischen Landeskrankenhäusern untergebrachten geriatrischen Fälle nach gerontopsychiatrischen Gesichtspunkten.

2. Die Klärung der Frage, in welchem Umfang sozialpsychiatrische Faktoren an der Manifestation psychischer Altersstörungen beteiligt sind. Dazu wurden Methoden der empirischen Sozialforschung und der Sozialpsychologie im Rahmen gerontopsychiatrischer Problemstellungen angewandt.

Im Rahmen einer Dissertation (HAHN, Düsseldorf 1973) wurde eine "Skala zur Beurteilung des Grades und der Art der Pflege-

bedürftigkeit alter Menschen" entwickelt. Sie soll ein Misplacement verhindern. Untersuchungen im Rahmen des Interdisziplinären Geriatrischen Forschungsprojekts Düsseldorf bestätigen die Multimorbiditätstheorie früherer Autoren. 76,3 % der Alterspatienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose leiden gleichzeitig auch unter einer somatischen Erkrankung, andererseits leiden 58,7 % der Patienten mit einer somatischen Hauptdiagnose unter einer psychischen Erkrankung (Interdisziplinäres Geriatrisches Forschungsprojekt 1972). J.H. KRETSCHMAR, CH. KRETSCHMAR, SCHMIDT und WESTERHOVEN unterschieden (1973) anhand ihrer Untersuchungen an der Düsseldorfer Klinik zwischen primären und sekundären Fehlplazierungen. Primäre Fehlplazierungen entstehen durch Einweisung von nicht psychisch Kranken in ein Landeskrankenhaus. Die Patienten werden eingeliefert, weil Angehörige die Alten abschieben wollen oder weil eine versäumte Kreislaufbehandlung psychische Symptome hervorgerufen hatte. Sekundär Fehlplazierte sind Patienten, die zunächst behandelt werden und nach gutem therapeutischem Erfolg in Ermangelung eines geeigneten Heimplatzes in der Klinik bleiben müssen. Dabei können "Hospitalisierungsartefakte, die Vereinsamung und die Reduktion des dynamischen Potentials groteske Ausmaße annehmen" (KRETSCHMAR et al. 1973).

In der Düsseldorfer Klinik wurden bis 1973 alle Kranken, auch die über 65jährigen Alterspatienten zunächst in die sogenannte "Aufnahmeklinik" (Haus 2) aufgenommen. Von Haus 2 kamen sie dann in die einzelnen Spezialabteilungen. Seit 1973/74 gibt es eine spezielle Aufnahme für die über 65jährigen Patienten, die gerontopsychiatrischer Betreuung bedürfen (J.H.

KRETSCHMAR). Die geriatrische Aufnahmestation für Männer befindet sich in Haus 7a (Leitung J.H. KRETSCHMAR), die geriatrische Aufnahme für Frauen in Haus 10 a (Leitung CH. KRETSCHMAR). Von der Aufnahme aus gibt es drei verschiedene Wege, die die alten Menschen einschlagen können:

1. Sie werden sofort oder bald entlassen und bleiben solange auf der Aufnahmestation.
2. Sie sind langfristig krank, d.h. rund 1 Jahr
3. Sie sind chronisch krank.

Nach Untersuchungen von KRETSCHMAR et al. in einer geschlossenen gerontopsychiatrischen Abteilung werden 1/3 der Patienten innerhalb der ersten 6 Wochen entlassen, 48,9 % bleiben länger als 40 Tage und 16,7 % versterben innerhalb der ersten 40 Tage (Untersuchungszeitraum März bis Mai 1973).

In der gerontopsychiatrischen Abteilung der Düsseldorfer Klinik stehen die männlichen den weiblichen Patienten in einem Verhältnis von 1 (Männer) zu 2 (Frauen) gegenüber. Das zahlenmäßige Überwiegen und das höhere Durchschnittsalter der behandelten Frauen läßt sich nicht mit der längeren häuslichen Pflege der Männer durch die Ehefrau erklären. Der Familienstand hat keinen statistisch signifikanten Einfluß auf den Behandlungsausgang (KRETSCHMAR et al.). Die alten Männer kommen von vorneherein in einem schlechteren Gesundheitszustand ins Krankenhaus und versterben eher.

Die medikamentöse Basistherapie umfaßt vor allem eine ausreichende Digitalisierung, die bei fast allen Alterskranken angewendet wird. Daneben werden leichte Gymnastik, Spaziergänge, Beschäftigungstherapie und Ausflüge durchgeführt.

KRETSCHMAR et al. beobachteten eine Abnahme der Aggressivität auf weiträumigen Stationen wie z.B. der großzügigen gerontopsychiatrischen Aufnahmestation und forderten 20 qm Lebensraumfläche für jeden Patienten. Anhand von Verlaufsänderungen des aggressiven Verhaltens, der motorischen Unruhe und der Orientierungsstörungen beschreiben sie bedeutsame Faktoren für ein Verbleiben in der Klinik. Nach Auskunft von J.H. KRETSCHMAR ist die gerontopsychiatrische Abteilung für Männer um 20 von den bisher vorhandenen 64 Betten reduziert worden. Das Problem der Überbelegung war damit beseitigt. Das neue Hauptproblem, die sekundären Fehlplazierungen (KRETSCHMAR) versucht man mit Hilfe eines gestuften Rehabilitationsprogramms zu lösen. Dazu gehören die Entlassungsvorbereitungsgruppen, die die alten Menschen auf das Leben in der Außenwelt vorbereiten sollen und ihnen helfen, sich dort leichter wieder zurechtzufinden.

KRETSCHMAR gliedert die in Düsseldorf unternommenen Rehabilitationsbestrebungen in drei Abschnitte: Die erste Stufe der Rehabilitation dient der Erlernung der elementaren Dinge des täglichen Lebens. Sie üben die Körperpflege, wie man sich allein wäscht, kämmt, rasiert, die Fingernägel schneidet etc. Tischmanieren werden wieder anerzogen, der Umgang mit Messer und Gabel wieder erlernt. Das alles sind Voraussetzungen, um in einem Altersheim wieder sozial tragbar zu erscheinen. Dieser erste Abschnitt umfaßt die Therapie in der geschlossenen Abteilung. In der 2. Stufe leben die Patienten in einer offenen Station, die außerdem gemischtgeschlechtlich ist. Für alle Mitglieder dieser Abteilung wird die Rehabilitation nach draußen angestrebt. Zur Zeit wohnen die Patienten in Haus 17, da Haus 7 im Sinn der neuen Behandlungsmethoden umgebaut wird.

Im Mittelpunkt der Behandlung steht die Beschäftigungstherapie. Die Männer werden angehalten zu Korbflechten, Ton und Malarbeiten, die Frauen zu Handarbeiten etc. Wichtig für alle Patienten ist Zeitunglesen, Fernsehen, Radiohören und Kalenderverfolgen. Daneben finden sich milieutherapeutische Ansätze auf der Station in Form von Gruppengesprächen und Stationsversammlungen. Ein breites Unterrichtsprogramm steht den alten Menschen zur Verfügung. Kochkurs, Verkehrserziehung und das Erlernen des richtigen Umgangs mit Behörden, Banken, Postkarten etc. sind Bestandteil der Lernstunden.

Die dritte Stufe entspricht der gerontopsychiatrischen Poliklinik. Entlassene alte Menschen, die keinen Nervenarzt in der Nähe zur Betreuung haben, werden dort weiterbehandelt und beraten. Die ambulante Nachsorge wird von J.H. und CH. KRETSCHMAR im Rahmen der Poliklinik abgehalten. Eine konsiliarische Betreuung von Altenheimen, die von ALBERT in Düsseldorf eingeführt wurde, ergänzt das ambulante Behandlungsprogramm der Gerontopsychiatrie. Großen Erfolg im Hinblick auf die Rehabilitation der alten Menschen haben die Freizeitfahrten, die zum ersten Mal 1975 unternommen und am 23.9. bis 3.4.1976 fortgesetzt wurden. Eine Gruppe von 5 Therapeuten fuhr mit 24 weiblichen und männlichen Patienten in den Westerwald nach Elkringhausen in ein Freizeitheim der katholischen Kirche.

5.2.1.5 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie ist nach WOLPE 1969 die Anwendung experimentell begründeter Lernprinzipien, mit dem Ziel unangepaßtes Verhalten zu verändern. Sie unterscheidet sich in der Art der Durchführung, den Theorien und in der Zielsetzung sehr von der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Die Verhaltenstherapie richtet sich gegen einzelne Symptome, sie möchte nicht die Persönlichkeit im ganzen verändern. Ihre Therapie bedeutet ein Umlernen. Ihre therapeutische Methodik gründet sich auf der Anwendung moderner Lerntheorien zur Behandlung abnormen Verhaltens (EYSENCK 1964).

Die Ursprünge der Verhaltenstherapie gehen zurück auf die ersten lernpsychologischen Tierversuche von PAWLOW und BECHTEREW in der Sowjetunion und THORNDIKE in den Vereinigten Staaten. SKINNER und LINDSLEY verwandten den Begriff Verhaltenstherapie 1954 zum ersten Mal zur Therapie psychotischer Patienten. Die verschiedenen Methoden der Verhaltenstherapie wurden in den frühen fünfziger Jahren vor allem in Südafrika, London und den Vereinigten Staaten besonders von WOLPE, LAZARUS, RACHMAN, EYSENCK entwickelt.

In Düsseldorf hat FLORU im Rahmen einer offenen psychiatrischen Station die klassisch-systematische Desensibilisierungsmethode unter wissenschaftlichen Kontrollbedingungen bei 6 männlichen und 4 weiblichen Patienten angewandt. Die diagnostischen Gruppen gliederten sich in:
Phobien (2)
Psychogene hysterische Atmungsstörungen mit sekundären phobischen Mechanismen (1)
Konversiv hysterische Reaktion (1)
Hypochondrische Neurose (1)
Angstneurose mit Kardiophobie (1)

Psychogener Tremor (3)
Zwangsvorstellungen (1)
Nach Erhebung der Daten für die Verhaltensanalyse wurden Symptomhierarchien aufgestellt, die Patienten wurden in die veränderte Jacobsonsche progressive Entspannung eingeführt. In Düsseldorf betrug die Gesamtdauer der Behandlung 6 bis 10 Wochen, die katamnestische Beobachtung 6 bis 12 Monate. Das Ergebnis war bei 2 Patienten mit psychogenem Tremor, bei den beiden echten Phobien und bei dem Patienten mit der Zwangsvorstellung sehr gut. Guter Erfolg war auch bei einem Patienten mit hysterischen Reaktionen und der hypochondrisch - depressiven Neurose zu verzeichnen, daneben wurden 3 vorübergehende Erfolge erzielt (FLORU 1973).

5.2.1.6 Freizeit-, Reise- und Sporttherapie

Als Hilfe zur Rehabilitation brauchen die Patienten neben einer intensiven Sport -,Spiel - und Bewegungstherapie auch die Reisetherapie außerhalb der Klinik. Dazu gehören die Freizeitfahrten nach Merkhausen bei Gummersbach, nach Elkringhausen (vgl. Gerontopsychiatrie) und die Reisen nach Mallorca. Der Plan der psychiatrischen Hilfsgemeinschaft, ein eigenes Hotel für das Landeskrankenhaus zu kaufen, muß leider wegen finanzieller Schwierigkeiten vorläufig fallen gelassen werden (KRÖMER). Träger des Freizeitheims in Merkhausen ist die benachbarte Evangelische Kirchengemeinde Gerresheim, die ihre Anlage für die Patienten - Ferien zur Verfügung stellt. Die erste Fahrt nach Merkhausen, von dem evangelischen Seelsorger der Klinik Pfarrer WIENERS initiiert, fand vom 25.9. bis 7.10. 1972

statt. Es ist sehr hinderlich, daß nur Sozialempfänger mitfahren können, da die Krankenkassen die zusätzlichen Kosten nicht übernehmen(KEMPF 1973). Langjährig hospitalisierte Kranke aus allen Bereichen: chronisch paranoide oder paranoid-halluzinatorische Psychosen, Propfpsychosen, Minderbegabung 1. und 2. Grades und Altersstufen von 20 bis 60 Jahren wurden für die 14tägige Freizeittherapie ausgewählt. Das verantwortliche Team bestand aus einem Arzt, einem Pfarrer, einem Pfleger, einer Schwester, einer Beschäftigungstherapeutin und einem Ersatzdienstleistenden. Mit den 12 weiblichen und 11 männlichen Patienten, die aus vielen verschiedenen Stationen kamen, wurden schon vor der Abfahrt Gespräche geführt, um ein beginnendes Gruppenbewußtsein entstehen zu lassen (KEMPF).

Nach Auskunft des Pfarrer WIENERS gibt es keine Reglementierung während des Aufenthalts in Merkhausen. Auch Alkohol ist den Patienten in kontrollierten Mengen erlaubt.KEMPF hob folgende Ergebnisse der Freizeittherapie für die Patienten hervor:

* Affektive Aufhellung und Steigerung im Antriebsverhalten
* Gesteigertes Verantwortungsbewußtsein
* Gute Kontakte zu den Bewohnern des Dorfes
* Keine psychotischen Entgleisungen
* Die Entlassung von 6 Patienten in einem Zeitraum von 6 Wochen nach Rückkehr in das Krankenhaus
* Überführung von 2 Patienten in einen Nachtklinikstatus (Bei 2 Personen kam es in einem Zeitraum von 3 Monaten zu einem Rückfall.)

Die klinischen Ergebnisse wurden mit 3 Tests objektiviert (SPi nach BORDOK und HARDESTY; EWL nach DEBUS und JAHNKE, Befindlichkeitsskala).

Seit 1972 finden in jedem Jahr zwei Fahrten nach Merkhausen meist für 2 - 3 Wochen statt. Es handelt sich bei diesen Reisen nicht um einen reinen Urlaub, sondern um eine Maßnahme im Rahmen einer kurz - bis mittelfristigen Rehabilitation (BRAUER 1976). Die dritte Freizeittherapie fand vom 3. bis 14.12.1973 mit 12 weiblichen und 12 männlichen Patienten im Alter zwischen 16 und 67 Jahren statt. Die Freizeitfahrt vom 1.12. bis zum 12.12.1975 wurde mit 24 Patienten und 6 Betreuern durchgeführt. In täglichen morgendlichen Gruppengesprächen wurde der Tagesablauf geplant. Daneben fanden regelmäßig Gymnastik und andere Sportübungen, Spaziergänge und Beschäftigungstherapeutische Maßnahmen statt. Mehrere Ausflüge in die nähere Umgebung und Kontaktaufnahmen zu der Merkhausener Bevölkerung standen auf dem Programm. Leider verhielt sich die bei früheren Fahrten freundlichere Dorfbevölkerung später zurückhaltender, und die Therapeuten spürten Vorurteile gegen psychisch Kranke, ohne daß es je zu Zwischenfällen gekommen wäre (BRAUER 1976).

Nach Erfahrungen von WIENERS, MELZER und BRAUER ist es wichtig, daß das Therapeutenteam sich schon vor der Fahrt kennenlernt, über einige Gruppenerfahrung verfügt und eine homogene Zielsetzung besitzt. Das Therapeutenteam vom Dezember 1975 setzte sich zusammen aus einem Arzt, einer Schwester, einem Sport- und Gruppentherapeut, einem Beschäftigungstherapeuten und einem Sozialarbeiter, Das gute Einvernehmen im Team wirkt

sich positiv auf die Patienten aus. Damit auch die Kranken sich vor der Reise kennenlernen, werden Treffen organisiert, bei denen sie sich gegenseitig vorstellen und ihre Pläne und Wünsche äußern können. Die Integration der einzelnen Mitreisenden in die Gruppe gelingt den meisten recht gut. Es manifestieren sich während des Aufenthalts Gruppennormen und Gruppenziele wie "die Wahrung des regelmäßigen Tagesablaufs, die Wahrnehmung möglichst vieler Aktivitäten und des guten Einvernehmens untereinander" (BRAUER 1976). Nur ein Patient, ein Epileptiker, der sich laufend außerhalb der Gruppe stellte, wurde so aggressiv, daß er eine Woche vor Ablauf der Freizeit wieder zurück ins Krankenhaus geschickt werden mußte. Insgesamt jedoch können nach anfänglicher Passivität die Mehrzahl der Patienten aktiviert und für die einzelnen Unternehmungen begeistert werden. Auch die gemischtgeschlechtliche Zusammensetzung der Patientengruppe erweist sich als vorteilhaft. Die Kranken kommen sich näher, Kommunikationsstörungen können so abgebaut werden.

Ebenfalls nach Merkhausen, jedoch mit anderer Motivation, fahren Ehepaare, von denen mindestens ein Partner in der Alkoholkrankenabteilung in Düsseldorf behandelt wird. Diese Ehepaarfreizeittherapie begann im Herbst 1974 mit 2 kleinen Gruppen von je 6 Ehepaaren. Neben den Bewohnern des Hauses 22 der Düsseldorfer Klinik fuhren zur Hälfte Alkoholkranke der DRK Klinik Streithof in Mülheim mit. Das Therapeutenteam setzte sich aus einem Arzt, Pfarrer WIENERS, einem Sozioterapeuten und einer Psychologin zusammen. Da ja schon in die stationäre Alkoholtherapie Informationen und Mithilfe des Ehepartners einbezogen werden, sollen die Familien auch in der Freizeit in die Behandlung eingeschaltet werden. Bei

langen Partnerschaften reicht oft die Therapie des Einzelnen nicht aus, um die Flucht in den Alkohol zu verhindern (WIENERS 1976). Das Therapeutenteam lehnte sich in seiner Freizeitbehandlung an SCHWÄBISCH / SIEMS "anleitung zum sozialen lernen für paare, gruppen und erzieher" an.

Als "Sozialtraining" dienen auch die Ferien- und Freizeitfahrten der Bewohner des Übergangsheims Sioli-Haus. Vom 23.4. bis zum 7.5.1974 fand die erste Freizeitfahrt zur Rehabilitation von psychisch Kranken nach Mallorca statt, die soviel Erfolg hatte, daß sie bis jetzt jedes Jahr wiederholt wurde. Da weder der Landschaftsverband noch die Hilfsgemeinschaft die finanziellen Mittel zur Verfügung stellen, sind die Schwestern des Heims auf eigene Kosten und eigenen Urlaub nach Mallorca geflogen. Für die Patienten, die die Fahrt- und Hotelkosten nicht aufbringen konnten, hatte die Heimleiterin, Schwester MARGOT GENTZEN, die Geldmittel aus Firmenspenden ermöglicht. Vor Reisebeginn testete sie in einem Probeurlaub von einer Woche das Hotel und die Möglichkeiten für eine zufriedenstellende Freizeitbeschäftigung der Heimbewohner. Arenal auf Mallorca erwies sich als gut geeignet für die geplanten Aktivitäten. 17 Patienten unter Betreuung von 3 Schwestern traten die Reise an. Als wichtige Ziele für die Reisetherapie gelten, wie GENTZEN und KULESSA in den "Grafenberger Nachrichten" schreiben:

* Das Angebot von Kontaktmöglichkeiten für die Patienten zu erweitern.
* Das Leben in einer engen Gemeinschaft annehmbar zu machen und den Gemeinschaftssinn der Patienten zu fördern.
* Die Distanz zwischen Betreuern und Patienten abzubauen.

Viele Filmaufnahmen und Fotografien von der Reise nach Mallorca zeugen von der herzlichen Atmophäre. An langen Winterabenden

im Sioli-Haus erfreuen sie immer wieder die Bewohner des Heims. Gemeinsame Gruppenausflüge, vor allem in der ersten Woche, sollen den Patienten Anregungen zu eigenen Erkundungen geben. Eine kleine Gruppe von Patienten schließt sich je nach Interesse an eine der drei Schwestern zu einer Unternehmung an, zum Strandlaufen, zum Kaffeetrinken in einem Lokal oder zu einer Ausflugsfahrt. Abends kommt dann die ganze Gruppe wieder zusammen, tauscht Erfahrungen aus und plant neue Aktivitäten. Die heitere Stimmung schlägt sich positiv im Medikamentenverbrauch nieder. Der Verzicht auf Schlaf- und Beruhigungsmittel ist auch im Sioli-Haus beibehalten worden, so daß der Psychopharmakakonsum merklich nachgelassen hat. Überall waren die als Kegelklub deklarierten Heimbewohner gern gesehen. Nirgends kam es zu Schwierigkeiten. Die gesamte Gruppe ist zu einer engen Gemeinschaft zusammengerückt.

Zusammenhalt in der Gruppe ermöglichen auch die Gymnastik- und Spielgruppen im Landeskrankenhaus Düsseldorf. Ziel der Aktivitäten ist die durch den langen Klinikaufenthalt und durch bestimmte Krankheitssymptome bedingte Stumpfheit, Apathie und Lustlosigkeit der Kranken zu beseitigen. Spontanetät, Phantasie und Konzentration sollen durch Spiel und Sport gefördert werden. Die angebotenen Programme sind auf Fähigkeiten und Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnitten (von kleinen Sitz- und Gehübungen bis zu schnellen Ballspielen). Eine gezielte Bewegungstherapie ermöglicht den Patienten eine bessere Körperbeherrschung. Tischtennisgeräte und Tischfußball erfreuen sich großer Beliebtheit. Der Sportplatz der vom Verein Elan und der Melanchthon -Gemeinde Düsseldorf gespendet wurde, ist sehr besucht. Unter den Sportarten steht das Fußballspiel an erster Stelle. Seit 1973 werden regelmäßige Fußballwettspiele veranstaltet. Daneben wer-

den Basketball, Hallenhandball, Prellball und viele andere Spiele und Sportarten ausgeübt. Das mit finanzieller Hilfe des Vereins Elan und des katholischen Klinikpfarrers Pater ZURHAKE erworbene Schwimmbecken wurde im ehemaligen Garten des Leitenden Klinikdirektors auf dessen Wunsch hin den Patienten zur Verfügung gestellt. Es hat sich leider später als ungeeignet erwiesen, da es zu klein war und den üblichen Hygieneanforderungen nicht genügte.

5.2.2 Rehabilitationsmaßnahmen

5.2.2.1 Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Rheinland e.V.

Aus dem 1900 gegründeten "Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz" entwickelte sich der Rheinische Hilfsverein für Geisteskranke, dessen Satzung 1954 durch Beschluß der Mitgliederversammlung neu gefaßt wurde. Im Oktober 1963 erfolgte die Umbenennung in "Hilfsverein für Kranke der Rheinischen Landeskrankenhäuser" mit erneuter Satzungsänderung. Am 4. September 1971 beschloß die Mitgliederversammlung eine Neufassung der Satzung und eine Namensänderung: "Sozialpsychiatrische Hilfsgemeinschaft", um die Rehabilitationsbestrebungen deutlicher zum Ausdruck zu bringen. Seit 1973 lautet die Bezeichnung des Vereins "Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Rheinland". Der Zusatz sozial wurde gestrichen, denn nach Meinung der Mitgliedermehrheit erübrigte er sich, da eine Psychiatrie ohne sozialpsychiatrische Ausrichtung nicht denkbar ist. Vorsitzender der Psychiatrischen Hilfsgemeinschaft Rheinland e.V. ist seit Frühjahr 1973 der Leitende Direktor des Landeskrankenhauses Düsseldorf KURT HEINRICH. Sein Vorgänger

war der Direktor des Landeskrankenhauses Bedburg-Hau GERHARD SCHEUERLE.

Düsseldorf ist zu jeder Zeit Sitz des Vereins gewesen. Der Zweck des Vereins, in der Satzung festgelegt ist

" die ideelle und materielle Unterstützung von psychisch Kranken und Behinderten und Genesenen, insbesondere durch
a) Hilfen für diesen Personenkreis
b) Hilfen für Familien und Personen, die durch die Krankheit eines Angehörigen in Not geraten sind. (Die Hilfsgemeinschaft beschränkt sich dabei auf diejenigen Hilfen und Dienste, die von der öffentlichen Hand nicht in ausreichender Weise geleistet werden können)
c) Aufklärung der Bevölkerung über das Wesen seelischer und geistiger Störungen."

(Satzung im Anhang p. 216 - 217)

Die Hilfsgemeinschaft ist eine Dachorganisation, die die Interessen der örtlichen Vereinigungen koordiniert und unterstützt. 1973 gehörten dem Verein 10 Ortsgruppen mit rund 1000 aktiven Mitgliedern an. Ärzte, Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter und Bürger kümmern sich während und nach dem Krankenhausaufenthalt um die Behinderten. Durch eine Satzungsänderung 1973 sind alle Ortsgruppen im Vorstand der Dachgesellschaft vertreten, damit die Mitwirkung der Basis verstärkt wird. Die Einnahmen des Vereins resultieren aus Mitgliedsbeiträgen, Spenden und Regelbeiträgen der örtlichen Vereine. Zahlreiche Aktivitäten der Hilfsgemeinschaft ermöglichen es psychisch Kranken und geistig Behinderten, sich aus ihrer Isolation zu befreien. Bei Bedarf kann der jeweilige Ortsverein entlassenen Patienten für Fahrgeld, Arbeits- und Wohnungssuche auf Empfeh-

lung des Arztes oder der Sozialarbeiterin 50,- DM zur Verfügung stellen.

Besonderes Gewicht legt der Verein seit der Hauptversammlung 1969 auf eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit. Ein Aufklärungsprogramm hat eine bessere Information über Hilfsmöglichkeiten für psychisch Kranke und die Anwerbung neuer Mitglieder zum Ziel. Der "Dornröschenschlaf" des Unterstützungsvereins wurde beendet und neue Aktivitäten setzten ein um sicherzustellen , " daß dem psychisch Kranken die Hilfe der Gesunden zuteil wird" (KOESTER 1969). Am 17.10.1969 wurde ein Appartementhaus in Düsseldorf, Sternstraße, zur Einrichtung eines Übergangsheims gekauft. Dieses Franz Sioli-Haus, das im Frühjahr 1972 bezogen werden konnte, ist das bisher größte Projekt der Hilfsgemeinschaft. Es ist das erste seiner Art in Nordrhein-Westfalen und das zweite in der Bundesrepublik. Dank seiner zentralen Lage in der Düsseldorfer Innenstadt mit günstigen Verkehrsverbindungen ist es für den Rehabilitationsprozeß sehr geeignet. Die Gesamtkosten für Ankauf, Umbau und Einrichtung des Appartementhauses betrugen 850 000,- DM. Zur Finanzierung steuerte das Deutsche Hilfswerk 395 000,- DM bei, die Ferdinand - Lentjes - Stiftung 100 000,- DM, der Restbetrag wurde vom Landschaftsverband Rheinland in Form von zinslosen Darlehen bzw. Zuschüssen und der Hilfsgemeinschaft in Form von Eigenleistungen aufgebracht.
Gegenwärtig besteht der Dachverband der Psychiatrischen Hilfsgemeinschaft Rheinland aus 12 Ortsvereinigungen mit insgesamt 1200 Mitgliedern. Der Dachverband besitzt ein Vereinsvermögen von 370 000,- DM einschließlich der festliegenden

Gelder. Auch in den anderen rheinischen Ortsvereinigungen fördert die Hilfsgemeinschaft gezielt die Errichtung von Wohnungen oder Häusern, die den Patienten stufenweise den Weg zurück in die Welt außerhalb der Klinik ebnen. Den Ortsvereinigungen Viersen und Rheydt gewährte die Hilfsgemeinschaft im Sommer 1975 zinslose Darlehen zu je 10 000,- DM, der Ortsvereinigung Düren 20 000,- DM. 1976 wurden an die Ortsvereinigung Köln 10 000,- DM und an die Ortsvereinigung Bonn 20 000,- DM als zinslose Darlehen überwiesen.

Seit 1972 bemüht sich der Verein um eine Verstärkung der Patienten-Freizeit-Aktivitäten. Die zunehmende Bedeutung der Reisetherapie in die Eifel, den Westerwald oder das Sauerland stellte HEINRICH auf der Jahreshauptversammlung 1974 fest. Ein weiteres großes Projekt, um das sich die Hilfsgemeinschaft seit 1975 bemüht, ist der Ankauf eines Hotels im Sauerland, in dem Patientengruppen aller rheinischen Landeskrankenhäuser Urlaub machen können. Eine Reihe zur Wahl stehende Häuser wurden besichtigt, ein Hotel am Sorpesee, das Hotel Pichl, erschien dem Vorstand der Hilfsgemeinschaft am geeignetsten. Diese Bemühungen scheiterten allerdings an den ungenügenden finanziellen Möglichkeiten des Vereins, der keine ausreichenden Darlehen erhalten konnte.

5.2.2.2 Außenfürsorge

Die Entwicklung der Psychiatrie mit ihrer Betonung der rehabilitativen und sozialpsychiatrischen Bemühungen hat nach

der Einführung der Psychopharmaka zu einer Verstärkung der Sozialarbeit im psychiatrischen Landeskrankenhaus geführt. Der Sozialdienst kann nur durch enge partnerschaftliche Zusammenarbeit mit allen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen seine Aufgaben und Ziele verwirklichen . Er ist ein wichtiges Bindeglied zwischen Klinik und Außenwelt, hilft die Kluft zwischen psychisch Kranken und Gesellschaft zu überbrücken, die Stellung der Minderheit psychisch Kranker zu verbessern und Vorurteile in der Öffentlichkeit abzubauen.

Zur Sozialarbeit gehört die Außenfürsorge, die die stationäre Behandlung fortsetzt und den Weg des entlassenen Patienten in seine neue Umgebung ebnet. Die vom Landschaftsverband Rheinland 1960 erlassenen Richtlinien zur Tätigkeit des Außenfürsorgearztes regeln die nachgehende Betreuung, die nicht nur eine medizinische sondern auch eine angemessene soziale Wiedereingliederung ermöglichen soll. Hier ist festgelegt, daß die Funktion des Außenfürsorgearztes rein beratend ist. Die Behandlung sollen niedergelassene Nervenärzte übernehmen. KAPPLINGHAUS stellte 1967 fest, daß durch die ständig steigenden Aufnahme- und Entlassungsziffern der Landeskrankenhäuser die Sozialaufgaben erheblich zugenommen haben. Da eine Ausweitung der Außendiensttätigkeit unmöglich ist, beschränkte man in Düsseldorf um diese Zeit vorübergehend die Nachsorge hauptsächlich auf die endogenen Psychosen. Dies erschien berechtigt, weil es inzwischen Spezialfürsorgestellen für Trinker, Alterskranke und Epileptiker gab, und psychisch Behinderte und Minderbegabte durch das Bundessozialhilfengesetz (BSHG) sozial besser versorgt wurden (KAPPLINGHAUS 1967).

1967 wurden im Düsseldorfer Außendienst 2529 Kranke betreut, davon 32,8 % chronische Psychosen mit schizophrener Symptomatik. Der Außendienst sorgte in erster Linie für

* die ärztliche Weiterbehandlung
* die Rückgliederung in Familie und Gesellschaft
* die Rückgliederung in Beruf und Beschäftigungsverhältnis.

Untersuchungen an den von 1963 - 1965 zur Wiederaufnahme gekommenen schizophrenen Patienten ergaben, daß bei Männern in 60 % und bei Frauen in 40 % nach der Entlassung aus stationärer Behandlung keine oder nur unzureichende ärztliche Nachbehandlung erfolgt war. Die zur Verbesserung der Nachbehandlung gemachten Vorschläge erreichten nicht den Prozentsatz der die Behandlung aus krankhafter Einstellung heraus ablehnenden Patienten. KAPPLINGHAUS berichtete 1967 von einem Vorschlag HAASEs,die Nachbehandlung für einen bestimmten Zeitraum in der Hand des vordem stationär behandelnden Arztes zu belassen.

Untersuchungen zum Problemkreis der Rückgliederung in Gesellschaft und Familie ergaben bei 42,7 % der entlassenen männlichen Kranken keine zufriedenstellende Rückgliederung, bei den weiblichen Kranken waren es 50,5 %. Das Betätigungsfeld des Außendienstarztes erstreckt sich hier auf ständig wiederholte aufklärende Gespräche mit Angehörigen und Schaffung eines besseren Klimas; Wiedereinbeziehung des Kranken in die alltäglichen Familienprobleme, Beratung bei finanziellen und rechtlichen Fragen. Daneben sind guter Kontakt zu kommunalen Sozialbehörden, Ämtern und karitativen Verbänden von Nutzen. Dabei spielt das Mitwirken psychiatrisch erfahrener Sozialarbeiter eine große Rolle.

Im 3. Problemkreis, den KAPPLINGHAUS mit der beruflichen Wiedereingliederung umschreibt, traten 1967 nur dann Schwierigkeiten auf, wenn der Patient mehrfach behandelt wurde und bleibende Defekterscheinungen bestanden. Untersuchungen in Düsseldorf ergaben als Mittelwert bei den Männern 46,7 % bei den Frauen unter Einschluß der hausfraulichen Tätigkeiten 54,3 %, die gar nicht oder unbefriedigend arbeitsmäßig eingegliedert waren. Daraus leitete KAPPLINGHAUS 1967 die Forderung nach geschützten Arbeitsstellen und Übergangsheimen ab. Das Arbeitsfeld der Außenfürsorge, das 1967 zum Landeskrankenhaus Düsseldorf gehörte, ist das große Viereck zwischen Essen, Mülheim, Neuß, Düsseldorf und dem Landkreis Düsseldorf Mettmann. Täglich mußten 100 km vom Außenfürsorgearzt bewältigt werden. Vormittags machte er Hausbesuche, nachmittags hielt er in den Gesundheitsämtern Sprechstunden ab (WELKENS 1967).

1969 waren in der Außenfürsorge in Düsseldorf 3 Landesobermedizinalräte, 3 Assistenzärzte und 1 Oberpfleger beschäftigt. Im Rahmen der vorbeugenden Fürsorge fanden 115 Untersuchungen statt. Bei 39 Untersuchten konnte eine Einweisung verhindert werden. 1970 stieg die Zahl der Untersuchungen im Rahmen der Fürsorge auf das doppelte an (263 bei vorbeugender Fürsorge und 461 bei nachgehender Fürsorge). Bei 47 Patienten konnte eine Einweisung in eine Klinik verhindert werden. 1971 blieben die Untersuchungen im Rahmen der Außenfürsorge konstant, die Einweisung wurde bei 71 Untersuchungen abgewendet. Auf 361 vorbeugende und 608 nachgehende Aussenfürsorgeuntersuchungen und 148 verhinderte Einweisungen belief sich 1972 die Außenfürsorgetätigkeit. 1974 waren 3

Nervenfachärzte im Außenfürsorgedienst tätig. An folgenden Gesundheitsämtern fand regelmäßig Außenfürsorgedienst statt: Düsseldorf, Haan, Mettmann, Ratingen, Wülfrath, Velbert, Kettwig, Erkrath, Gruiten, Neviges, Hubbelrath, Lintorf, Heiligenhaus, Hilden, Langenberg, Mülheim und Neuss. Die Schwerpunkte der Außenfürsorgearbeit lagen an den Gesundheitsämtern Düsseldorf, Mülheim und Neuss, an denen jede Woche jeweils ein ganzer Tag Außendienst stattfand. (Akten des Landschaftsverbandes Rheinland vom 23.7.1974 Zeichen 84.00.) 1969 machte die Außenfürsorge 981 Hausbesuche, 1970: 591, 1971: 684, 1972: 825, 1975: 761. Die Geisteskrankheiten liegen bei den abgehaltenen Sprechstundenfällen an erster Stelle. Insgesamt wurden 1969 1649 Sprechstunden abgehalten, 1970: 1347, 1971: 1392, 1972: 1758, 1975: 1538 (Aufschlüsselung der Außendiensttätigkeit für das Berichtsjahr 1975 im Anhang p.218 - 220).

5.2.2.3 Laienhilfe

Die Rückführung der Psychiatrie aus der Isolierung in die Gemeinde ist eine wichtige Voraussetzung für eine effektive Resozialisierung des psychisch Kranken in die Gesellschaft. Die Laienhilfe nimmt eine ausgesprochene Brückenfunktion wahr. Sie wirkt einerseits humanisierend im Bereich des Krankenhauses und andererseits im Bereich der Kommune als offener rehabilitativ arbeitender Sozialdienst. Mit der Laienhilfe in den Landeskrankenhäusern vollzieht sich weitgehend noch unbemerkt und "ohne großes Spektakel, dafür aber um so wirksamer" eine innere Reform der Psychiatrie (KRÖMER, September 1974).

In Düsseldorf gründeten Ende 1968 C. und A. KULENKAMPFF die "Aktion Robinson", die durch den Verein Elan, Gesellschaft für Psychohygiene e.V. ergänzt wird. A. KULENKAMPFF schilderte 1970 die Entstehung der Aktion Robinson:

> " Im November 1968 veranstaltete die Evangelische Akademie in Mülheim/Ruhr eine Tagung über das Thema: "Der Verrückte in der Gesellschaft". Auf dieser Tagung forderte mein Mann im Rahmen eines Vortrages über Prävention, Intervention, und Rehabilitation die anwesenden Düsseldorfer auf, sich mit den Problemen ihres psychiatrischen Krankenhauses zu solidarisieren und als Laien auf dem Gebiet der Psychohygiene mitzuarbeiten."

Es bildete sich tatsächlich eine Gruppe von 7 Personen, die nach dem Vortrag zur Mithilfe und Mitarbeit bereit war. Man gab sich den Namen "Aktion Robinson". Die Bezeichnung wurde deshalb gewählt, weil man das Landeskrankenhaus mit einer einsamen Insel verglich und die Laienhelfer die Inselbewohner aus ihrer Isolation befreien wollten.

Zur Werbung von Mitarbeitern für die Aktion sprach A. KULENKAMPFF bei Vorträgen über eigene Erfahrungen mit einer Gruppe von Jugendlichen auf einer geschlossenen Frauenabteilung des Landeskrankenhauses. Bei allen Werbekampagnen lag immer wieder die Betonung auf der Notwendigkeit und Möglichkeit der Humanisierung der Krankenhausatmosphäre. Merkblätter wurden verteilt mit einer Beitrittserklärung als Beilage, in denen um die Übernahme von Partnerschaften gebeten wurde. Im Oktober 1970 arbeiteten ein Stamm von 30 bis 40 aktiven Mitgliedern für "Aktion Robinson", daneben gab es viele Interessenten, die sich über die Laienhilfe informieren ließen. Gesondert davon fand sich eine Gruppe von 50 Jugendlichen, die einmal

wöchentlich auf die beiden Kinderstationen des Landeskrankenhauses kamen, um sich mit hirngeschädigten Kindern zu beschäftigen. Ende 1970 wurden nach Aussage A. KULENKAMPFFs etwa 14 Gruppenpatenschaften und einige Einzelpatenschaften übernommen. Eine Gruppe besteht aus 6 bis 25 Patienten, die von 1 bis 3 Paten betreut werden. Sehr wichtig für alle Aktivitäten ist die Regelmäßigkeit. Die Robinsonpaten sollen möglichst an einem bestimmten Tag in der Woche oder am Wochenende und zu einer festen Stunde auf die Station kommen. Erforderliche Eigenschaften der meist weiblichen Laienhelfer sind Kontaktfähigkeit, Unvoreingenommenheit, Takt und die Fähigkeit zuzuhören (A. KULENKAMPFF 1970). Wichtigstes Ziel der "Aktion Robinson" ist die Humanisierung des Alltags in einem psychiatrischen Krankenhaus, dies ist auch zugleich die Grenze der Laienarbeit. Laienhilfe, die über diese Grenze hinaus auf die Therapie des psychiatrischen Krankenhauses Einfluß gewinnen will, schießt an dem Ziel vorbei. Ein Beispiel ist die Aktion Pro an der Kreuzkirche, die sehr engagierte Mitarbeit betrieb, sich dabei jedoch mit dem eigentlichen Ziel der Laienhilfe nicht begnügen wollte.

Im März 1971 war die Aktion Robinson bereits auf 14 Abteilungen der Düsseldorfer Klinik tätig (Protokoll der Robinsonversammlung vom 13.3.1971). Auf den einzelnen Abteilungen beschäftigen sich die Laienhelfer je nach den eigenen Fähigkeiten mit einer größeren oder kleineren Gruppe von Patienten. Zunächst wissen sie nichts über die zu betreuenden Kranken. Nach einer gewissen Zeit ergibt sich dann die geeignete Beschäftigungsform wie Unterhaltung, Singen, Basteln oder

Spielen. Besonders erfolgreich und beliebt bei den Kranken sind die durch ein Komitee aus Laienhelfern und Patienten vorbereiteten Tanzabende.

Um besser über die Patienten informiert zu sein und den Kontakt zu Pflegern und Ärzten zu intensivieren, können die Robinsonmitarbeiter an den Teambesprechungen auf den Stationen teilnehmen. Ein Ausbildungsplan, von Elan erarbeitet, soll den Laienhelfern medizinisch psychiatrische, beschäftigungstherapeutische und fürsorgerische Kenntnisse vermitteln, ohne sie zu Pseudo-Krankenpflegern, -Ärzten oder -Fürsorgern zu machen. Basis der Ausbildung soll eine praktische Tätigkeit bei der Sozialarbeit, der Arbeits- und Beschäftigungstherapie und auf den Stationen des Krankenhauses sein. Aus Kosten- und Zeitgründen gibt es bislang noch keinen eigenen Unterricht für die Laienhelfer. Aber sie haben die Möglichkeit, an laufenden Veranstaltungen der Pflegeschule, der Facharzt- und Pflegepersonalfortbildung und Studentenkollegs teilzunehmen.

Im August 1971 gehörten bereits 50 aktive Bürger zur Aktion Robinson. Sie holen Patienten zum Spaziergang ab, laden sie nach Befragen des Arztes zum Kaffee ein, oder zum Einkauf in die Stadt, unterhalten sich mit ihnen, machen Handarbeiten mit den Patienten oder Bastelarbeiten, helfen vor der Entlassung bei Zimmer- oder Stellensuche (BEHR 1971). 1975 betreuten 70 Helfer regelmäßig ihre Patienten. Der Kreis der Interessierten umfaßte 140 Personen, die zwar nicht regelmäßig, aber doch so oft wie möglich, zur Mithilfe bereit sind.

Die Aktion Robinson arbeitet eng mit dem Sozialdienst der Klinik zusammen. Vor allem unterstützen sie die Außenfürsorge. Das beginnt mit rechtzeitiger Information bei Weglassen der Medikamente durch die Patienten oder beginnenden Krankheitssymptomen und Sorge um den Patienten nach der Entlassung. Die Laienhelfer bemühen sich um Wohnung, Arbeitsplatz und Behördengänge ihrer Patienten. Daneben gehört aufklärende Information der Angehörigen des Kranken zu ihrem Betätigungsfeld. So haben sie schon oft eine Wiederaufnahme ihrer Patienten in die Klinik verhindert. Daneben besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern und der psychiatrischen Poliklinik des Düsseldorfer Krankenhauses. Die Aktion Robinson betreut die Patientenklubs und hat selbst einen Patientenklub aufgebaut.

Die Robinsonpaten halten gute Kontakte zu den verschiedenen Kirchengemeinden Düsseldorfs. Beispiele dafür sind:

* die Melanchthon-Gemeinde, die den Reinertrag aus einem Basar (10 000,- DM) zum Bau des Sportplatzes der Klinik zur Verfügung gestellt hat,
* die Kreuzkirchen-Gemeinde, die einen Freizeitklub für entlassene Patienten im Gemeindezentrum eingerichtet, den Erlös eines Trödelmarktes gespendet hat und ein zehnwöchiges gut besuchtes Seminar über Psychiatrie und Laienhilfe veranstaltet hat,
* die Evangelische Kirchengemeinde Gerresheim stellt ihr Freizeitheim im Sauerland zur Verfügung,
* die katholische Rochusgemeinde lädt die Bewohner des Franz-Sioli-Hauses zu Ausflügen und Nachmittagen ein und plant die Anmietung einer 6 Zimmerwohnung als weitere Stufe der Rehabilitationskette,
* die Friedenskirche, die finanzielle Mittel (DM 15000,--) für den Elan-Bus zur Verfügung stellte.

Die Laienhelfer der Aktion Robinson haben erfolgreiche Arbeit geleistet. Anfängliche Schwierigkeiten, wie z.B. die ablehnende Haltung des Pflegepersonals, das sich erst an die "neuen Mitarbeiter" gewöhnen mußte, und die Zurückhaltung mancher Ärzte sind inzwischen beseitigt. Ungelöste Probleme sind bis heute der Versicherungsschutz für Robinsonpaten, die hohen Folgekosten für Sportplatz, Schwimmbad etc. und die geringen finanziellen Mittel für Fahrgelder und Beschäftigungsmaterialien der Patienten.

Aus der gleichen Personengruppe, die 1968 die Aktion Robinson bildete, entstand am 5.7.1969 der Verein Elan, der am 1.9.1969 ins Vereinsregister beim Amtsgericht Düsseldorf eingetragen wurde. Er ist Träger der Aktion Robinson. Nach der Satzung des Vereins Elan, Gesellschaft für Psychohygiene e.V. Düsseldorf hat dieser die Aufgabe:

> " durch Schaffung und Unterhaltung entsprechender Einrichtungen die Psychohygiene aufzubauen, zu fördern, fortzuentwickeln und damit auch der wissenschaftlichen Forschung zu dienen. Dies geschieht insbesondere auf den Gebieten der Psychiatrischen Prävention, Psychiatrischen Intervention und Psychiatrischen Rehabilitation."

(Satzung des Vereins Elan im Anhang p. 221 - 222)

1970 zählte der Verein Elan 84 Mitglieder. Er besaß 9 870,- DM aus Spenden und Beiträgen, die durch Ausgaben von 6 273,- DM Ende 1970 zu einem Kassenstand von 3 587,- DM führten. 1971 gehörten 135 Mitglieder dem Verein Elan an, der Kassenstand erhöhte sich Ende 1971 auf 12 149,- DM. An Ausgaben stand der Bau eines Sportplatzes auf dem Gelände des Landeskrankenhau-

ses an erster Stelle. Es wurden über 10 000,- DM für ihn ausgegeben. Doch erst 1973 wurde der Platz bespielbar, nachdem weitere 30 000,- DM aus Spendenmitteln vom Verein Elan aufgebracht werden konnten. Vom 30.9.1973 bis zum 31.3.1975 verzeichnete der Kassenbericht Einnahmen von 71 935,- DM von denen 69 446,- DM für zahlreiche Aktivitäten und Direkthilfen an die Patienten ausgegeben wurden.

Die Eröffnungsfeier des Sportplatzes im August 1973 fand im Landeskrankenhaus in Form eines Volksfestes statt, zu dem alle Bürger eingeladen waren. Auf dem Platz führte eine Gruppe weiblicher Patienten gymnastische Übungen vor, und anschließend lieferten sich die Mannschaft der Düsseldorfer Klinik und eine Jugendmannschaft aus Aachen ein Fußballspiel (das mit 5 : 5 unentschieden endete). Auf Grund der regen Benutzung und Beliebtheit des Sportplatzes plant man einen weiteren Ausbau der Anlage. Ebenfalls im Sommer 1973 konnte durch Initiative des Vereins Elan und finanzielle Unterstützung des katholischen Klinikpfarrers ZURHAKE ein Freizeitschwimmbad im Landeskrankenhaus Düsseldorf errichtet werden. Die Elan-Mitglieder besorgten 1973 von der Rheinbahn Gesellschaft einen ausgedienten Straßenbahnwagen, der auf dem Krankenhausgelände aufgestellt und als Cafeteria für Patienten eingerichtet wurde. Bunt bemalt und mit kleinen Lampen geschmückt, ist er heute beliebter Treffpunkt der Kranken und ihrer Angehörigen. Weiter bemühte sich der Verein um Arbeitstrainingsplätze für psychisch Kranke bei einigen Düsseldorfer Firmen und übernahm die Abrechnungsmodalitäten. Daneben inszenieren und organisieren die Elan-Mitglieder die alljährlichen Sommerfeste im Landeskrankenhaus, um die Bürger mit den psychisch Kranken zusammenzubringen. So sorgen sie für zahlreiche neue Kontakte zwischen Krankenhaus und Bevölkerung. 1974 kamen über 1000

Besucher zum Fest. Es erwartete sie ein buntes Kirmestreiben mit vielen Spielbuden, ein Trödelmarkt mit Krimskrams, eine Tombola, viele Kapellen, einige spielten auch abends zum Tanz im Freien auf, Wurstbraterein, Waffelbäckereien, Getränke und Eisstände, Kinderkarussells und noch vieles mehr. Ein Informationsstand gab über alle das Krankenhaus betreffende Fragen Auskunft.

> "Solche Begegnungen getragen vom Verein Elan verwirklichen ein Stück Gemeindeinitiative für den psychisch Kranken" (KRÖMER, September 1974).

Ein weiterer Treffpunkt für Patienten ist das Wochenendcafe, das seit 1974 jeden Samstag nachmittag im Personalspeiseraum geöffnet hat. Dort bewirten Mitglieder der Aktion Robinson ihre Schützlinge mit preiswertem Kaffee und Kuchen. Um die Freizeitfahrten zu erleichtern, die seit 1974 im Vordergrund stehen, beschaffte der Verein Elan durch Spende der evangelischen Friedenskirchengemeinde den bereits erwähnten Bus, der ständig in Betrieb ist. Er wird von Mitarbeitern der Klinik gefahren und von der Pflegeleitung verwaltet. Besonders die Patientinnen der gerontopsychiatrischen Abteilung genießen eine Kaffeefahrt ins nahe Bergische Land oder an den Rhein mit dem Elan-Bus. Durch die Vermittlung des Vereins Elan hat das Düsseldorfer Schauspielhaus dem Landeskrankenhaus über 100 Freikarten für gute bis beste Plätze zur Verfügung gestellt, die gerne benutzt werden.

Weitere Laienhilfe für die Düsseldorfer Klinik kommt von SPAK (Sozialpolitischer Arbeitskreis), einer Gruppe der Evangelischen Studentengemeinde, die früher auch im Leitungsteam

der Aktion Robinson tätig war. Sie hatte auf dem Sommerfest 1975 die Bürger mit sehr drastischen Plakaten aufrütteln wollen. Die SPAK Gruppe arbeitet auf 2 Stationen weiter. Sie holt Patienten dieser Stationen in das Heim der Evangelischen Studentengemeinde in der Witzelstraße und verbringt Gesprächsnachmittage mit ihnen.

Die Aktion Pro wurde am 23. Mai 1971 bei einem Gottesdienst in der Kreuzkirche ins Leben gerufen. Ihr Ziel war eine Nachbarschaftshilfe für psychisch Kranke nach der Entlassung. Sie gründete einen Patientenklub an der Kreuzkirche, geleitet von einer Psychiaterin mit 2 Mitgliedern der Aktion Pro, die Beschäftigungstherapie betrieben. Von der Kreuzkirchengemeinde ging auch ein Informations-Seminar aus, das sich vor allem an solche Bürger wandte, die kranken Mitmenschen helfen wollen. Es sollte ihnen das notwendige Wissen über psychische Krankheiten und deren Behandlung vermitteln, damit sie zur Laienhilfe befähigt werden. Die sehr aktive Laiengruppe zog sich im Januar 1975 von der Arbeit im Patientenklub zurück. Die Laienhelfer der Aktion Pro kündigten in einem Brief vom 23.12.1974 ihre Hilfe unter Angabe von 9 Gründen auf. Sie beklagten die angebliche Konzeptionslosigkeit des Klubs, die hinsichtlich Alter und Diagnose differierenden Patienten, die zu umfangreiche Patientenzahl (40 Mitglieder), die Unterlassung von Nachgesprächen infolge Zeitmangel der Ärztin, die nicht erfolgte Fortbildung der Laienhelfer, die zu kurze Zeit der leitenden Ärztin für den Klub, zu wenig therapeutische Ansätze, Frustration der Helfer durch Unterbleiben therapeutischer Erfolge, lückenhafte Kooperation zwischen Laienhilfe und Sozialdienst. Sie wollten kein "Kaffeekränzchen" sondern psychotherapeutisches Einwirken auf jeden einzelnen Patienten. Mit diesen Vorstellungen ging die Gruppe über Ziel und Grenzen der Laienhilfe hinaus. Der Patientenklub zog aus den Räumen der Kreuzkirche aus und tritt seitdem ohne Aktivitätsminderung im Sioli-Haus an der Sternstraße zusammen.

5.2.2.4 Patientenklubs

Patientenklubs bieten entlassenen Kranken und zum Teil auch deren Angehörigen die Möglichkeit zu freiwilligen Kontakten untereinander. Betreuungspersonen sind Ärzte, Beschäftigungstherapeuten, Fürsorger und Laienhelfer. Stil und Atmosphäre der Klubs variieren sehr. Es können Diskussionsklubs, nachmittägliche Kaffeestunden, gesellige Abende mit Tanz oder beschäftigungstherapeutische Anleitungen vorkommen. Sie alle haben jedoch den Sinn, den in der Gesellschaft isolierten und kontaktschwachen ehemaligen Kranken, ein vertrautes Milieu mit vorurteilslosen Mitmenschen bei zwanglosem Beisammensein zu bieten.

Der Wunsch nach Hilfe, auch nach ihrer Entlassung, der immer wieder von ehemaligen Patienten der Düsseldorfer Klinik geäußert wurde, führte zur Gründung des 1. Patientenklubs am 1. März 1966, der sich auch heute noch regen Zuspruchs erfreut wie die Mitgliederzahl von 40 Patienten beweist. Er tagt an 2 Nachmittagen in der Woche im Haus des Evangelischen Mütterbildungswerkes in Düsseldorf Hohenzollernstraße 24 und wird von einem Arzt, einer Krankenschwester mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung und einer Beschäftigungstherapeutin betreut. Dieser Klub machte es sich zur Aufgabe, genesenden psychisch Kranken den Weg zurück in das Alltagsleben zu erleichtern. In den folgenden Jahren wurden weitere Klubs in Düsseldorf und Mülheim gegründet. Damit auch Berufstätige die Möglichkeit bekommen Mitglieder eines Klubs zu werden, wurde ein zweiter Klub in der Hohenzollernstraße eingerichtet, der jeden Freitag abend stattfindet. Er hat 20 - 25 Mitglieder. Ein Klub in Garath, einem Satelitenstadtteil von Düsseldorf, wo nach außenfürsorgerischen und soziologischen Erfahrungen gehäuft psychische-und Alkoholkrankheiten auftreten, ist bald nach seiner Gründung eingegangen. Doch plant

man im Landeskrankenhaus Düsseldorf hier so schnell wie möglich einen Patientenklub aufzubauen (KRÖMER).

Zwei weitere Patientenklubs liegen in Mülheim, das zum Außenfürsorgegebiet des Düsseldorfer Sozialdienstes gehört. Der erste Klub wurde 1967 gegründet und tagt im DRK Heim, Lohstraße 18, jeden Dienstag- und Freitag - Nachmittag. Er wird von 20 - 30 Frauen regelmäßig besucht und von einer Düsseldorfer Klinikpsychiaterin , einer Mitarbeiterin des DRK Mülheim und einer Sozialarbeiterin betreut. Das Durchschnittsalter der Frauen in diesem Klub beträgt 55 Jahre und die Dauer der Mitgliedschaft durchschnittlich 3,7 Jahre. 1/3 der Frauen sind ledig und regelmäßig nimmt die Hälfte der Patientinnen am Klubleben teil. Bei den Diagnosen überwiegt Schizophrenie. Die meisten Klubmitglieder stehen in medikamentöser Nachbehandlung. Über die Hälfte ist sozial gut bis voll remittiert. Alle Patientinnen kommen gern in den Klub und verstehen sich gut mit den anderen Mitgliedern. Doch obwohl dieser Klub schon lange Jahre besteht, hat sich hier wie auch in anderen Klubs, nur selten eine die Klubstunden überdauernde persönliche Bindung realisieren lassen (CH.KRETSCHMAR und J.H. KRETSCHMAR 1974). Der zweite Klub in Mülheim trifft sich Montag Mittag von 14 - 16 Uhr bei der Arbeiterwohlfahrt Bahnstr. 18. Neueste Presseberichte unter dem Motto "Mülheim tut für psychisch Kranke ganz besonders wenig" (WAZ 17.2.1976) machen auf die Notwendigkeit und die Probleme der Freizeitklubs aufmerksam. Nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PSYCH KG) vom 2. Dezember 1969 ist es Aufgabe der Kreise und kreisfreien Städte Geld und Personal für diese Klubs aufzubringen. Das Landeskranken-

haus nimmt ihnen diese Arbeit ab und fordert nun wenigstens finanzielle und personelle Unterstützung von den Kommunen. Nach Aussage KRÖMERs fehlen durch die Betreuung der Patientenklubs Ärzte und Pflegekräfte für die stationäre Behandlung der Düsseldorfer Klinik, andererseits ist zu vermuten, daß die Patientenklubs die stationäre Wiederaufnahmerate senken helfen und damit die Klinik auch entlasten.

Ein weiterer Patientenklub tagt seit März 1971 im Klubraum des Hauses 10 der Düsseldorfer Klinik. Teilnehmer sind Patienten des Landeskrankenhauses. Daneben kommen aber auch ehemalige Kranke zu diesen Treffen. Initiator und Leiter dieses Klubs ist Pfarrer WIENERS, der einen "Arbeitskreis Gemeinde Grafenberg" mit 10 - 15 Mitgliedern gegründet hat. Bei jedem Klubtreffen samstags von 15 - 17 Uhr sind je 3 Mitglieder des Arbeitskreises anwesend (Protokoll vom 23.12.1971, 2. ord. Mitgliederversammlung von ELAN).

Der 1972 mit der Aktion Pro gegründete Patientenklub arbeitete bis Ende 1974 in Gemeinderäumen der Kreuzkirche. Er ist ein gemischtgeschlechtlicher Klub, der von CH. KRETSCHMAR unter Mitarbeit einer Krankenschwester und zweier Laienhelferinnen geleitet wird. Das Durchschnittsalter liegt bei 40 Jahren. Bei den Diagnosen überwiegen Schizophrenien, sehr viele Patienten sind chronisch krank. Der Klub arbeitete 2 Jahre zusammen. Die Laienhelfer der Aktion Pro zogen sich wie auf p. 133 beschrieben im Januar 1975 von der Arbeit im Patientenklub zurück.

Der neueste Patientenklub wurde nach dem Sommerfest 1975 ins Leben gerufen. Er trifft sich jeden Freitag von 18 - 20 Uhr im Landeskrankenhaus. Zwei junge Damen der Aktion Robinson, die durch ihre Arbeit im Wochenendcafe Freude am Umgang mit den Patienten gewannen, betreuen 30 - 40 Klubmitglieder. Bei Spiel, Tanz, Musik und Unterhaltung genießen die Patienten eine für sie bisher unbekannte Freizeit. Von der Aktion Robinson stammen die Schallplatten und andere notwendige Dinge.

Zum besseren Verständnis gruppendynamischer Vorgänge in den Patientenklubs und um die nicht immer sichtbare Isolation und unbefriedigende Kontaktbedürfnisse der Mitglieder zu erkennen, untersuchten J.H. und CH. KRETSCHMAR zwei Patientenklubs mit soziometrischen Methoden. Sie veröffentlichten die Untersuchungsergebnisse auf dem 1. Düsseldorfer Symposium 1974 unter dem Thema "Über die Rangordnung in Patientenklubs".

Neben den bisher beschriebenen Patientenklubs gibt es solche, die den Alkohol- und Medikamentensuchtkranken zur Verfügung stehen. 2 derartige Klubs wurden Ende 1975 kurz hintereinander in Düsseldorf gegründet: Jeden Samstagabend tagt im evangelischen Gemeindehaus Gerresheim ein Klub für Alkohol-

und Suchtkranke. Die Gemeinde hat den Klubmitgliedern 2 Räume zur Verfügung gestellt. Er nennt sich Treff Heyestraße und wurde am 8.11.1975 gegründet. Durch Mund-zu-Mund Propaganda, kurze Zeitungsnotizen und kleine Werbezettel: "Sind Sie trocken und samstags allein, laden wir Sie herzlich zu unserem Treffpunkt ein. Wissen Sie mit ihrer Freizeit nichts anzufangen, können Sie so zu unserem Treffpunkt gelangen", erschienen am Eröffnungsabend 40 ehemalige Patienten der Alkoholkrankenabteilung der Düsseldorfer Klinik. Neben den "Ehemaligen" kam auch eine Gruppe stationärer Patienten der milieutherapeutischen Abteilung des Landeskrankenhauses. Die Klubabende finden seit der Eröffnung jeden Samstag von 17 Uhr bis 21 Uhr statt. Man erarbeitete ein Konzept aus 6 Regeln, an das sich alle Klubmitglieder halten müssen. Wichtigstes Gebot ist Nüchternheit bei der Teilnahme am Klubleben. Die 2 neuen Klubs machen es sich zur Aufgabe, sich speziell mit den Problemen Suchtkranker zu beschäftigen und ihnen - wie den sonstigen psychisch Kranken - den Übergang von der stationären Behandlung zurück in die Gesellschaft zu erleichtern. Außerdem sollen die Klubs - diese Aufgaben erfüllen sie bereits - Kontaktstelle zu den Abstinenzlerverbände und Beratungsstellen für Suchtkranke und Suchtgefährdete und deren Angehörige im Sinne der Vorsorge sein.

Die Ausgaben für Patientenklubs 1976 zeigen, wie dringend eine finanzielle Unterstützung benötigt wird. Von den ausgewiesenen Haushaltsmitteln für das Jahr 1976, die sich auf 24 300,- DM belaufen, sind schon im März 1976 20 400,- DM ausgegeben, bzw. verplant. Nur noch 3 900,- DM stehen zur

Verfügung. Die Gründung weiterer Patientenklubs im Lauf des Jahres 1976 ist geplant.

5.2.2.5 Ambulante Behandlung und Poliklinik

Die ambulante Behandlung im Landeskrankenhaus Düsseldorf gliedert sich in poliklinische Dienste für

* chronisch Schizophrene
* Alkoholkranke
* gerontopsychiatrische Patienten.

Die Alkoholkranken- und die gerontopsychiatrische Ambulanz wurden bei der Darstellung der Behandlungsformen in diesen beiden Bereichen beschrieben. Seit Anfang 1967 wird im Landeskrankenhaus Düsseldorf eine Nachbehandlung Schizophrener betrieben. Ermöglicht wurde die ambulante Behandlung durch Neuroleptika, die der Patient regelmäßig einnehmen muß. Die Wiederaufnahmen in den Jahren 1960/61 haben sich gegenüber einer Zeit vor Einführung der Neuroleptika (1950/51) verdreifacht. Ursachen dafür sind: das rasche Absetzen der Neuroleptika nach der Entlassung, weil sie als hemmend empfunden werden, Rückkehr in das alte Milieu mit denselben Problemen wie vor der Aufnahme, oder fehlende Krankheitseinsicht. Nach Untersuchungen in Düsseldorf wurden von den 154 im zweiten Halbjahr 1967 in die Klinik aufgenommenen weiblichen Schizophrenen 118 zum wiederholten Mal aufgenommen, davon waren 42 gar nicht, weitere 42 ungenügend und nur 22 richtig nachbehandelt worden.

HAASE und KNAACK lehnten 1968 Langzeitneuroleptika, die 2-3 Wochen wirken, ab, da sie wegen der unterschiedlichen Reak-

tion der Patienten zu Unter- oder Überdosierung führen könnten. Sie setzten seit 1967 das Langzeitneuroleptikum Fluspirilene mit einer Wirkdauer von einer Woche ein. Die bis 1968 rund 100 ambulanten Behandlungen der Schizophrenen waren durchweg erfolgreich. Für die ambulante Nachbehandlung sind nach Meinung HAASEs und KNAACKs (1968) stark potente Neuroleptika gut geeignet, weil sie die Anpassung an das Arbeits- und Verkehrstempo nicht beeinträchtigen. Einmal in der Woche kamen die Patienten, um sich die intramuskuläre Spritze geben zu lassen, Hausfrauen und Rentner am frühen Nachmittag, Berufstätige abends. Blieben Patienten trotz Verabredung aus, mußte sich die Außenfürsorge nach ihnen erkundigen. Die Behandlung in der Ambulanz begann zur Zeit HAASEs mit einer standardisierten Handschriftprobe für jeden Patienten, im Behandlungsraum gab der Patient Auskunft über Befinden und Leistungsfähigkeit. Daran schloß sich eine kurze körperliche Untersuchung auf Rigor an, dann wurde das Neuroleptikum injiziert (HAASE und KNAACK 1968).

Von denen, die ihre Behandlung vorzeitig abbrachen, sind 38,3 % innerhalb eines halben Jahres nach der Entlassung wieder zur Aufnahme gekommen. Von den 53 regelmäßig behandelten sind nur 8 Patienten wieder aufgenommen worden. Auch wenn keine Rückfallerscheinungen zu beobachten sind, sollten sich die Patienten immer wieder vorstellen, bis ein Jahr nach der Entlassung verstrichen ist. Bei früher abgebrochenen Nachbehandlungen, auch wenn die Psychose unter Wirkung der Neuroleptika völlig kompensiert schien, machte man in Düsseldorf schlechte Erfahrungen (HAASE und KNAACK 1968).

Seit dem 2. Mai 1968 gibt es am Rheinischen Landeskrankenhaus - Psychiatrische Universitätsklinik Düsseldorf eine Poliklinik. Rechtsgrundlage ist ein Ende 1963 zwischen den Krankenanstalten Düsseldorf und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein geschlossener Vertrag, nach dem in den Polikliniken der Universitätskliniken Mitglieder aller Kassen auf Überweisungsschein eines Kassenarztes ambulant behandelt werden dürfen. Im ersten Vierteljahr nach Eröffnung wurden 69 Scheine, Ende 1970 bereits über 1000 Scheine gesammelt. Die niedergelassenen Nervenärzte reagierten zunächst unruhig und ablehnend auf die neue Poliklinik, doch ihre Befürchtungen, die Poliklinik könnte den kassenärztlichen Sicherstellungsauftrag beeinträchtigen, sind schnell beseitigt worden. Hauptaufgabe der Poliklinik ist die medikamentöse Nachbehandlung der Psychosekranken nach der Entlassung aus stationärer Behandlung. Daneben wurden damals aber auch Epileptiker, Alterskranke, drogenabhängige Jugendliche, Kinder mit den verschiedensten Krankheitsbildern, und Patienten mit erlebnisreaktiven Verhaltensstörungen bzw. Neurosen untersucht und behandelt. Die Nachbehandlung der Psychosekranken erfolgte anfänglich in der Regel durch den Stationsarzt, der auch während des Klinikaufenthalts für den Patienten verantwortlich war.

Nach Meinung KRÖMERs (1970) ist eine Poliklinik nicht nur medikamentöses Behandlungszentrum, diagnostisches Vorfilter der Klinik und Variationsform einer psychiatrischen Fachpraxis, sondern in erster Linie eine Vorform künftiger sozialpsychiatrischer Behandlungszentren. Die Reduzierung der Bettenzahlen der psychiatrischen Großanstalten steht in engem

Zusammenhang mit der Verstärkung der ambulanten oder halbstationären Therapie, die die stationäre Behandlung mehr und mehr ersetzen soll. KULENKAMPFF stellte 1970 bei 95 chronisch Schizophrenen, die durchschnittlich insgesamt 8 Jahre in stationärer Behandlung gewesen sind und die seit mindestens einem Jahr keine akute Symptomatik zeigten, fest, daß sich für 80 % von ihnen die Notwendigkeit eines weiteren Klinikaufenthalts nicht begründen ließ. Sie könnten entlassen werden, wenn differenzierte extramurale Einrichtungen die weitere Therapie gewährleisten würden.

Von 1968 bis 1976 reduzierte sich die Bettenzahl des Rheinischen Landeskrankenhauses - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf um 750 Betten. Im August 1972 wurde eine Poliklinik mit festem personellen Rahmen (Leiter, Facharzt, Psychologen, 1 bis 2 Schwestern) durch den Leitenden Direktor der Düsseldorfer Klinik HEINRICH eingerichtet. Damit wurden die ehemaligen stationären Patienten nicht mehr durch die jeweiligen Stationsärzte ambulant versorgt. Die ambulante Betreuung von Alkohol- und Alterskranken vollzieht sich im organisatorischen Rahmen, der seit 1972 vereinheitlichten Poliklinik, die seitdem eine eigene Abteilung der Düsseldorfer Klinik darstellt. Die Reduzierung der Bettenzahlen ging Hand in Hand mit einem erheblichen Ausbau des ambulanten Behandlungssektors. Die Poliklinik betreut gegenwärtig insgesamt 1000 bis 1200 Patienten im Monat.

Im Februar 1975 wurden Zuweisungskriterien für schizophrene Kranke zur stationären oder poliklinischen Behandlung unter-

sucht. Nach HEINRICH, DAMMHAYN, KINZLER, MÜLLER und TEGELER ergab sich bei den untersuchten Düsseldorfer Patienten eine Schwerpunktbildung unter sozialen und symptomatologischen bzw. syndromischen Gesichtspunkten. Die stationäre Patientengruppe weist einen hohen Ledigen und Geschiedenenanteil, einen hohen Anteil an unvollständigen und gering qualifizierten Ausbildungsgängen und einen hohen Anteil von Angehörigen der sozio-ökonomischen Grundschichten auf. Als sich günstig auswirkende Faktoren liegen bei Patienten der Poliklinik vor: Verheiratetsein, Ehestabilität, bessere Ausbildung, Mittelschicht- und Oberschichtzugehörigkeit. Die prognostisch günstiger zu beurteilenden poliklinischen Patienten haben außerdem einen sehr hohen Anteil an paranoiden Schizophrenen ohne floride Symptomatik.

Die Poliklinik wirkt mit zunehmendem Erfolg. (Statistiken vom Oktober 1975 bis Februar 1976 im Anhang p. 223/4) Zwei Ärzte, ein Psychologe und 2 Krankenschwestern bilden das Team der Poliklink. Geöffnet ist sie Montag, Mittwoch und Donnerstag von 9 - 19 Uhr, Freitag von 9 - 12 Uhr.

5.2.2.6 Halbstationäre Behandlung in Tages- und Nachtklinik

Halbstationäre Einrichtungen an einem psychiatrischen Krankenhaus sind die Tagesklinik und die Nachtklinik. Beide dienen der Rehabilitation psychisch Kranker, die nach der Entlassung noch nicht sofort auf sich gestellt ins Alltagsleben zurückkehren können. Die Nachtklinik ist eine therapeu-

tische Einrichtung für Patienten verschiedener Diagnosen, die lediglich die Nacht im Krankenhaus verbringen und tagsüber einer Arbeit nachgehen. Erfolgreich ist die Behandlung in der Nachtklinik, wenn der Patient noch nach einem halben Jahr den gleichen Arbeitsplatz und die gleiche Wohnung innehat (BEHRENDS 1967).

Sitz der Nachtklinik war zunächst (seit 1967) ein ehemaliges Dachgeschoß des Hauses 4 des Landeskrankenhauses Düsseldorf. Die Nachtklinik umfaßte insgesamt 18 Betten, die zur Hälfte mit männlichen und weiblichen Patienten belegt waren. Die Betreuung erfolgte durch einen auch für die Tagesklinik zuständigen Arzt, ein Pflegerehepaar und eine Sozialarbeiterin. Das Pflegepersonal hatte von 5 - 9 Uhr morgens und von 17 - 22 Uhr abends Dienst. Daneben fanden an 2 Tagen in der Woche gruppentherapeutische Sitzungen, sonst eine kurze ärztliche Visite statt. Die Behandlungsdauer in der Nachtklinik umfaßte nach BEHRENDS (1967) meist 3 - 4 Monate, wobei 6 Monate nicht überschritten werden sollten. Es waren hauptsächlich schizophrene Psychosen aller Schweregrade, aber auch schwachsinnige und persönlichkeitsveränderte Patienten vertreten. Später ist dann die Nachtklinik aus baulichen Erwägungen aus dem Dachgeschoß ausgezogen. Die Patienten wurden auf einzelne Stationen der Düsseldorfer psychiatrischen Klinik verteilt und dort von den zugehörigen Stationsärzten mitversorgt.

Die Tagesklinik des Landeskrankenhauses wurde im Januar 1967 eröffnet. Sie bietet einer Gruppe von zunächst 16 männlichen und weiblichen psychisch Kranken, vor allem Schizophrenen, tagsüber stationäre Behandlung. Die Nacht verbringen diese Patienten bei sich zu Hause und bei ihren Familien. Damit

bleibt der Kontakt zur sozialen Umwelt, zu den Angehörigen, den Freunden und Bekannten erhalten. Ziele der Behandlung in der halbstationären Einrichtung sind: die Verhütung einer langdauernden stationären Behandlung, die möglichst frühzeitige Entlassung der Psychosekranken, die in der Familie weiterleben können, und die schnelle Resozialisierung chronisch Kranker. Nachdem man anfänglich nur aus stationärer Behandlung gebesserte Patienten auf die Tagesklinik verlegte, ging man später dazu über, auch direkt Kranke in die Tagesklinik aufzunehmen, die von den behandelnden Nerven- oder Hausärzten eingewiesen wurden. Ebenso wie in der Nachtklinik ist die therapeutische Gemeinschaft Basis des Behandlungsplans (BEHRENDS 1967). Die Betreuung in der Tagesklinik (von 8 Uhr bis 17 Uhr) beginnt mit einem gemeinsamen Frühstück und anschließender Gruppenbesprechung. Nachmittags stehen Beschäftigungstherapie, Ausflüge, Musik und Sportgruppen auf dem Programm. Ab 17 Uhr ist der Patient dann wieder bei seiner Familie. Daneben besteht eine bereits geschilderte Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik und der Station 19 c. Wurde bisher in Düsseldorf die Tagesklinik in einer in eine Tagesstation umgewandelte Abteilung geführt, so ist für Ende 1976 der Umzug in eine eigene 12 Betten Station des neuen Bettenhauses geplant.

5.2.2.7 Übergangsheim Franz Sioli-Haus

Die Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Rheinland e.V. erwarb in der Innenstadt Düsseldorfs, Sternstraße 26, ein damals 10 Jahre altes Appartementhaus, um es nach einer gründlichen

Renovierung als Übergangsheim den ehemals psychisch Kranken nach der Entlassung aus der Klinik zu Verfügung zu stellen (p.120). Der Heimaufenthalt ist von Anfang an darauf eingerichtet "durch entsprechende therapeutische Aktivitäten den Kranken zu ihrer Selbständigkeit zurückzuverhelfen und ihre Rückkehr in die normale Umwelt zu fördern. Dabei werden Arbeits- und Sozialtraining in gleicher Weise geübt" (KRÖMER 1974). Den Namen Franz Sioli-Haus wählte man im Andenken an den früheren Ordinarius für Psychiatrie und Direktor des Landeskrankenhauses Düsseldorf, der in der Erinnerung alter Schwestern und Pfleger fortlebt als ein Mensch, der sich in der Sorge um seine Patienten verzehrt hat (KRÖMER).

Das am 8.2.1972 eröffnete Heim bietet 30 Patienten in Zwei- und Dreibettzimmern Platz und verfügt über verschiedene Gemeinschafts- und Therapieräume. In diesem Übergangsheim sollen solche Menschen wohnen, die nicht in eine Familie aufgenommen werden können und die soweit geheilt sind, daß sie innerhalb von einem Jahr sich selbst in die Gesellschaft integrieren oder auch mit Hilfe anderer integriert werden können. Entweder suchen sie sich selbst nach kurzer Eingewöhnungszeit eine Arbeitsstelle, oder man versucht ihnen einen geeigneten Arbeitsplatz zu vermitteln. Sie lernen die Anforderungen des täglichen Lebens zu bewältigen, indem sie z.B. üben mit Ämtern umzugehen, öffentliche Verkehrsmittel allein zu benutzen, sich selbst und ihre Umgebung in Ordnung zu halten, auf Wohnungssuche zu gehen u.s.w. Das Übergangsheim soll helfen, den Übergang von der Bewahrung in der Klinik zur selbständigen Lebensmeisterung zu erleichtern.

Die freundlich eingerichteten geräumigen Zimmer können nach persönlichem Geschmack verschönert werden. Sie schaffen den Bewohnern ein anheimelndes, familiäres Milieu. In jedem Stockwerk befindet sich ein Gemeinschaftsraum. Besonders gemütlich ist ein ausgebauter Raum im Kellergeschoß, der von den Bewohnern selbst eingerichtet und mit "Salon" bezeichnet wurde. Er steht auch als Versammlungsraum und für Gruppengespräche zur Verfügung. Eine Sesselgruppe und ein Couchtisch lassen ihn wie ein Wohnzimmer wirken. Der Raum führt nach draußen in den Garten, der von den Heimbewohnern in Ordnung gehalten, im Sommer mit Liegestühlen ausgestattet und zum Tischtennisspielen benutzt wird. In einem kleinen Nebenraum steht ein Fernsehgerät. Dort können politische und sportliche Sendungen gesehen werden, ein anderer Fernsehraum ist für Unterhaltungssendungen vorgesehen, damit es keinen Streit um die Programmwahl gibt.

Feste werden im Franz Sioli-Haus gern gefeiert; alle Feiertage und Geburtstage der Heimbewohner oder Schwestern, daneben auch Gesellschaftsabende, zu denen Nachbarn oder Arbeitskollegen eingeladen werden. Nach der Eröffnung im Februar 1972 waren zunächst ältere Frauen, später die männlichen Heimbewohner in der Überzahl. Es stehen 2 Ärzte zu bestimmten Stunden, 1 Heimleiterin, 4 Schwestern, zeitweise 1 Sozialarbeiterin und 1 Beschäftigungstherapeutin zur Betreuung und Unterstützung der Hausbewohner zur Verfügung. Der Arzt und die Sozialarbeiterin sind für sie in bekanntgegebenen Sprechstunden erreichbar. Eine Hausordnung regelt Zimmerordnung und Tagesablauf.

Problematisch bleibt nach Aussage KRÖMERs die Position der Hausbewohner insofern als diese einerseits noch unter medikamentöser und gruppentherapeutischer Behandlung stehen, andererseits aber schon als Arbeitnehmer regelmäßig Lohn erhalten. Dies stellt eine versicherungs- und steuerrechtliche Schwierigkeit dar. Nach Vereinbarung mit den Firmen überweisen diese den Arbeitslohn als Spende an den Verein ELAN, der das Geld an den in der Firma beschäftigten Patienten weiterleitet.

Das Übergangsheim ist vom Landschaftsverband Rheinland gemietet, er trägt die Kosten von Wasser, Strom und Heizung. Daneben ist es dem Landeskrankenhaus Düsseldorf angeschlossen, das für die Therapie, die Rehabilitation, für Personal und wirtschaftliche Belange sorgt. Die Hilfsgemeinschaft hat die Steuer-Abgaben- und Versicherungszahlungen übernommen.

Die Heimleiterin verhandelt mit den Firmen, die Arbeitsplätze für Heimbewohner zur Verfügung stellen. Gute Verbindungen bestehen vor allem zu einer Elektrofirma, einer kleinen Brotfabrik und einem Kaufhaus in Düsseldorf, das außerdem Spenden für Anschaffungen und anderes bereitstellt (MARGOT GENTZEN). Diese Kontaktfirmen beschäftigen zunächst stundenweise ihre neuen Arbeitnehmer und heben nach einiger Zeit ihre Anforderungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht, wenn sich der aus der Klinik Entlassene an die neue Tätigkeit gewöhnt hat. Die nächste Stufe ist dann der Arbeitsplatzwechsel in eine andere Firma, die keine Kontaktfirma ist und die einen arbeitsgerechten Lohn zahlt. In der derzeitigen angespannten Konjunkturlage mit vielen Arbeitslosen ist es nicht immer

leicht, für ehemalige Patienten des Landeskrankenhauses eine Arbeitsstelle zu finden. Um so erfreulicher ist die Tatsache, daß im März 1976 von 32 Bewohnern des Heims nur 4 arbeitslos sind. Nach Auskunft der Heimleiterin sind akademische Berufe am schwierigsten zu vermitteln, Handwerker und andere Dienstleistungsberufe haben die besten Aussichten.

Das Alter der Heimbewohner liegt zwischen 20 und 63 Jahren. Alle Diagnosen sind vertreten. Patienten, die zur Rehabilitation ungeeignet sind oder die die Rehabilitation der anderen Bewohner stören können, sind im Übergangsheim unangebracht. Ein Rahmenstatut vom 14.12.1972 (KRÖMER) regelt die therapeutische Ordnung. Darin heißt es:

" 1. Patienten mit Suizidrisiko sind von der Aufnahme in das Franz Sioli-Haus ausgeschlossen. Schon zum Schutze der im Übergangsheim wohnenden Gruppe muß eine strenge Auswahl der Bewerber um einen Heimplatz getroffen werden.

2. Entwickelt ein Heimbewohner während seines Aufenthalts im Sioli-Haus ein echtes Suizidrisiko, so ist er in die Psychiatrische Klinik zurückzuverlegen.

3. Die Einnahme der ärztlich verordneten Medikamente wird individuell kontrolliert. Zur Erleichterung der Kontrolle sollten nach Möglichkeit Langzeit-Neuroleptika verordnet werden.

4. Individual-Visiten gehen vor Gruppengespräche, ohne daß diese in ihrem Wert herabgesetzt werden sollen."

Das erste selbstverdiente Geld stärkt Selbstbewußtsein und die Lebensfreude der Heimbewohner. Die meisten holen sich

Rat bei den Schwestern. Sie legen ein Sparbuch an und kaufen sich ordentliche Kleidung. Wer mehr Geld hat, stiftet schon mal einen Kuchen für die Mitbewohner oder macht ihnen sonst eine Freude. Organisatorische Fragen werden in der alle 14 Tage stattfindenden Vollversammlung aller Hausbewohner geregelt. Zweimal in der Woche hält eine dafür ausgebildete Schwester Gruppengespräche mit den Bewohnern ab, in denen sie sich über ihre Probleme aussprechen können.

Folgende Aktivitäten bietet das Sioli-Haus den ehemaligen Patienten:
Die einmal in der Woche abends stattfindende Kochgruppe, die hauptsächlich von Männern besucht wird, leitet diejenige Schwester, die am liebsten und besten kocht. Ebenfalls einmal wöchentlich gehen alle Patienten zum Schwimmen. Dia-Abende, ein Fotokurs, gemeinsame Ausflüge und Busfahrten, Tanz-Nachmittage, Besuch der Düsseldorfer Altstadt und Lokalbesuche stehen auf dem Freizeitprogramm des Heims. Als besonders intensive rehabilitative Maßnahme hat sich die Reise nach Mallorca, erwiesen über die ausführlich in den Kapitel Reisetherapie berichtet wurde.

Die Verpflegung im Sioli-Haus ist so bequem und aufwandlos wie möglich geregelt. Die in Portionen abgepackte tiefgekühlte Hauptmahlzeit kann zu beliebiger Zeit zubereitet, d.h. warm gemacht werden. In der geräumigen Küche stehen alle nötigen Küchengeräte zur Verfügung. Wer sich außerhalb der Mahlzeiten etwas zubereiten will, kann die Küche jederzeit benutzen, wenn er sie anschließend wieder säubert und das Geschirr wegstellt.

Zur Nachsorge nach der Entlassung stehen die Sprechstunden des Heimarztes, (z. Zt. Montagabend), der auch die Poliklinik betreut, Klubabende für entlassene Patienten im Heim, die Sprechstunden des Außenfürsorgearztes oder auch anderer niedergelassener Ärzte oder die Poliklinik im Landeskrankenhaus zur Verfügung. Ein Patientenklub tagt regelmäßig einmal wöchentlich im Sioli-Haus.

Viele positive Presseberichte und der Rundfunk unterstützen die Bemühungen des Franz Sioli-Hauses um Arbeitsstellenvermittlung (Rheinische Post) und Anerkennung des Hauses in der Öffentlichkeit (Welt am Sonntag 27.11.1972, RATHEBECK) (LV Pressespiegel 2.11.1972: Ruhr-Nachrichten, Kölner Stadtanzeiger, Neue Rheinzeitung; Rheinische Post 2.11.1972 DPA; WDR II "Daheim und Unterwegs am 19.4.1974). Ein gutes Verhältnis besteht zu den Nachbarn des Franz Sioli-Hauses. Noch nie hat sich jemand über das Heim beschwert. Anfang August 1975 war das WDR-Fernsehen zu Gast im Sioli-Haus zusammen mit einigen Bürgern aus der Nachbarschaft. Bei einem Interview berichteten die Nachbarn positiv und aufgeschlossen über das Übergangsheim, einigen war es noch gar nicht aufgefallen, daß es sich bei den Sioli-Hausbewohnern um entlassene psychisch Kranke handelt.

Das Franz Sioli-Haus kann auf vier erfolgreiche Jahre zurückblicken. Von 1972 - 1974 wurden 82 Patienten im Heim betreut, von denen 43 gut rehabilitiert werden konnten. 6 Alterskranke wurden in ein Altersheim verlegt. 31 im Übergangsheim fehlplazierte Kranke gingen ins Landeskrankenhaus zurück. An Suizid verstarben in der Anfangszeit des

Heimes 2 Patienten. In den letzten Jahren ist kein Suizid mehr vorgekommen. 1975 sind 19 Patienten neu in das Übergangsheim aufgenommen, 13 Bewohner mit fester Arbeit und Wohnung entlassen worden. 6 Kranke mußten ins Landeskrankenhaus zurückverlegt werden. Als ebenfalls bemerkenswerte Tatsache des Jahres 1975 stellte Schwester MARGOT GENTZEN heraus, daß sich während des ganzen Jahres nicht eine Schwester des Therapeutenteams krankgemeldet hat.

6. Zusammenfassung

Die Entwicklung der Therapie im Rheinischen Landeskrankenhaus - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf von 1876 bis 1976 wird auf dem Hintergrund der allgemeinen Psychiatrieentwicklung geschildert. Der Therapiebegriff wird definiert und sein Wandel im Zeitablauf dargestellt. Es werden Anwendungsformen aufgezeigt wie sie in der Düsseldorfer psychiatrischen Klinik ausgeübt wurden, ausgehend von dem allgemeinen Erkenntnisstand der psychiatrischen Therapie in den jeweiligen Zeitabschnitten.

Die Aufteilung in drei Zeitabschnitte umfaßt die Zeit von der Gründung der Anstalt bis zur Einführung der Fiebertherapie 1917, von der Anwendung der Fiebertherapie bis zur Einführung der Psychopharmaka 1952, von der Anwendung der Psychopharmaka und der daraus resultierenden Erleichterung und zunehmenden Bedeutung der soziotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen. Vorherrschendes Element bis zur Einführung der Fiebertherapie 1917 ist neben der Beschäftigungstherapie und der Öffnung der Stationen die Bettbehandlung, die seit etwa 1890 in den psychiatrischen Kliniken Eingang fand. In den gleichen Zeitraum fallen die Gründung des Hilfsvereins für Geisteskranke und die Einrichtung der Familienpflege und der Außenfürsorge.

Im zweiten Zeitabschnitt steht die Einführung der Fieber- und Chemotherapie der progressiven Paralyse im Vordergrund der psychiatrischen Behandlung. Zur Entwicklung der Malariabehandlung der progressiven Paralyse hat der Düsseldorfer Ordinarius und Klinikdirektor SIOLI einen bedeutungsvollen Beitrag geleistet.

Große therapeutische Fortschritte brachten ebenfalls die aktivere Krankenbehandlung nach SIMON und somatische Behandlungsverfahren wie die Dauerschlafbehandlung, die Insulin - Cardiazol- und Elektrokrampftherapie.

Die moderne psychiatrische Pharmakotherapie der Psychosen, die seit 1952 mit der Einführung des Chlorpromazin beginnt, leitet einen neuen Abschnitt in der Psychiatrie ein. Schon früh wird die Bedeutung in der pharmakopsychiatrischen Therapie in der Düsseldorfer psychiatrischen Klinik erkannt. 110 Untersuchungen und Dissertationen beschäftigen sich mit den Wirkungen und Begleitwirkungen bestimmter Psychopharmaka. Es gelingt die weitere Öffnung der bis dahin weitgehend von der Umwelt abgeschlossenen psychiatrischen Anstalt. Es kommt zu einem Rückgang der Hospitalisierungsdauer, zum Abbau der Bettenzahl. Die Patienten sind bewußtseinsklar und kontaktfähig. Sie können der Milieutherapie, der Soziotherapie zugeführt werden. Gemischtgeschlechtliche Stationen werden eingerichtet, Freizeit-, Reise- und Sporttherapie werden ausgebaut. Der Einsatz von Psychopharmaka ermöglicht die Errichtung einer Poliklinik und von Rehabilitationseinrichtungen wie Tages- und Nachtklinik, das Übergangsheim Franz Sioli-Haus und Patientenklubs. Zu den sozialpsychiatrischen Einrichtungen wie der psychiatrischen Hilfsgemeinschaft Rheinland e.V. und der Außenfürsorge treten die Laienhilfsorganisationen in Düsseldorf, die die Einbeziehung der Bürger in die Probleme der psychisch Kranken verdeutlichen. Im Hinblick auf das Ziel, die Mitbürger für die Belange der psychisch Kranken zu interessieren und zu aktivieren, können erste Erfolge verzeichnet werden.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. Ackerknecht, E.H. : Kurze Geschichte der Psychiatrie, Stuttgart 1957

2. Ackerknecht, E.H. : Therapie von den Primitiven bis zum 20. Jahrhundert, Stuttgart 1970

3. Adam, H.A. : Über Geisteskrankheit in alter und neuer Zeit, Regensburg 1928

4. Albert, E. : Aktive Behandlung der Altersdemenz, Dtsch. med. Wschr. 89 (1964) 1500 - 1505

5. Albert, E. : Psychiatrische Beobachtungen an neuaufgenommenen Alterskranken eines Landeskrankenhauses, Psychiatr. Neurol. Basel 150 (1965) 141 - 160

6. Albert, E. : Über neuere klinische Erfahrungen auf dem Gebiet der Alterspsychiatrie, Zbl. ges. Neurol. 157 (1960) 199 (Ref. Gesellsch. nord-nordwestdtsch. Neurologen 23/24.4. 1960 Lüneburg)

7. Albert, E. : Senile Demenz und Alzheimersche Krankheit als Ausdruck des gleichen Krankheitsgeschehens, Fortschr. Neurol. Psychiat. 32 (1964) 625 - 673

8. Albert, E. : Ärztliches Handeln bei Altersdemenz, in: 5. Psychiatertagung d. Landschafts-

verb. Rheinland am 9. und 10.10. 1963, hrsg. v. Abt. Gesundheitspflege d. Landschaftsverb. Rheinland, Köln 1964 p. 103

9. Albert, E.
Gerhard, L. : Korrelation zwischen klinischen Herdstörungen und pathologisch-anatomischem Befund bei der senilen Demenz und der Alzheimerschen Krankheit, Fortschr. Neurol. Psychiatr. 33 (1965) 37 - 45

10. Allgemeine Übersicht über Gliederung, Verwaltung und Aufbau der Landesheilanstalt und Nervenklinik Düsseldorf - Grafenberg nach dem Stand vom 1.4.1954 (hekt. Ex.)

11. Anordnung des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten vom 24.1.1942

12. Apothekenbuch der Düsseldorfer Klinik (Nervenklinik Frauen) vom 16.5.1953 bis 14.4.1954

13. Arends-Grötzinger : Protokoll einer Sitzung vom März 1976 zur Arbeits- und Beschäftigungstherapie im Landeskrankenhaus Düsseldorf

14. Aufstellung des Landeskrankenhauses Düsseldorf zur Insulinkur vom 6.4.1950

15. Aufstellung des Landeskrankenhauses Düsseldorf für den Landschaftsverband Rheinland vom 21.9.1962

16. Aufstellung der Rhein. Landesheilanstalt - und Nervenklinik Düsseldorf-Grafenberg über Familienpfleglinge vom 9.5.1958

17. Aufstellung des Landeskrankenhauses Düsseldorf für den Landschaftsverband Rheinland zur Familienpflege vom 3.12.1974

18. v. Baeyer, W. : Die moderne psychiatrische Schockbehandlung , Stuttgart 1951

19. Battegay, R. : Gruppenpsychotherapie und klinische Psychiatrie, Basel-New York 1963

20. Bechterev, V. : General principles of human reflexology, tl. by Murphy, E.; Murphy, W.; London 1932

21. Becker, J. : Die Entwicklung des Rheinischen Landeskrankenhauses - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf von 1876 bis 1914, Med. Diss. Düsseldorf 1976 (i.Druck)

22. v. Behr, K. : Aktion Robinson, Auszug aus "Die Welt", in: Pressespiegel des Landschaftsverb. Rheinland 139/71, 3. August 1971

23. Behrends, K. : Rehabilitationserfahrungen mit psychisch Kranken im Rahmen einer Tages- und Nachtklinik, in: 8. Fortbildungstagung f.d. gehob. Pflegepersonal d. Landschaftsverb. Rheinland vom 25. bis 27. Okt. 1967 im Rhein. Landeskrankenhaus Bedburg-Hau (1968) p. 48 - 50

24. Behrends, K. : Zur Meßbarkeit körperlicher und seelischer Gebrechlichkeit, Janssen Symposien 5, Gerontopsychiatrie 1, Düsseldorf 1971

25. Bergener, M. : Zum Problem soziologischer und sozialpsychologischer Faktoren in der Pathogenese psychischer Störungen des höheren Lebensalters, Habilitationsschrift, Düsseldorf 1970

26. Bergener, M. : Psychische Störungen höheren Lebensalters - Indikation der Hospitalisierung, Blätter der Wohlfahrtspflege 1968

27. Bergener, M. : Zwischenbilanz eines interdisziplinären geriatrischen Forschungsobjektes Janssen Symposien 5, Gerontopsychiatrie 1, Düsseldorf 1971

28. Bericht der Düsseldorfer psychiatrischen Klinik an den Landschaftsverb. Rheinland vom 14.5.1959

29. Bleuler, E. : Lehrbuch der Psychiatrie, 12. Aufl. neubearb. von Bleuler, M., Berlin - Heidelberg - New York 1972

30. Brauer, H. : Bericht über die Freizeit in Merkhausen vom 1.12.1975 bis 12.12.1975 (unveröff. Manuskript)

31. Brosius, C.M. : Über die Bildung und Aufgabe der Vereine zum Schutze der Irren, Der Irrenfreund 7 (1899) 81 - 85

32. Cherletti,U.
Bini, L. : L'elettroshock. Arch. gen. Neurol. Psychiat. 19 (1938) 266 - 268

33. Chronik der Anstalt Grafenberg 1.4.1876 - 31.12.1955, Band 1

34. Chronik der Landesheilanstalt und Nervenklinik Düsseldorf - Grafenberg , Band 2

35. Chronik Rheinische Landesheilanstalt und Nervenklinik Düsseldorf - Grafenberg 1943 - 1955 (mit einer Bestandsaufnahme)

36. Conolly, J. : Die Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang, Lahr 1860

37. Delay, J.
Deniker, P. : Hibernothérapies et cures neuroleptiques en psychiatrie Bull. A. cad. Nat. Méd. (Paris) 139 (1955) 145 - 147

38. Delay, J.
Deniker P.
Harl, J.M. : Utilisation en therapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale éléctive, Ann. méd.-psychol. (Frankr.) 110/2, 112 (1952

39. Dickmann, : Konzept Stat. F IV B, unveröffentl. Manuskript

40. Dominicus, R.D.
Flegel, H. : Erste Erfahrungen auf einer gemischten Frauen- und Männerstation für Milieutherapie im psychiatrischen Krankenhaus in: 9. Fortbildungstagung für das geh. Pflegepersonal des Landschaftsverb. Rheinland vom 16. bis 18. Okt. 1968 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau Köln Landschaftsverb. 1969, p. 24 - 27

41. Dominicus, R.D. : Therapeutische Gemeinschaft bei Alkoholkranken, Nervenarzt 45 (1974) 200 - 206

42. Eysenck, H.J. : Behavior Therapy and the Neuroses, New York 1964

43. Fischer, D. : Untersuchungsergebnisse mit dem oralen Langzeitneuroleptikum Penfluridol (R 16 341) in Klinik und in der ambulanten Nachbehandlung Schizophrener , med. Diss. Düsseldorf 1971

44. Flegel, H. : Neue Arzneibehandlung depressiver Zustände mit Rücksicht auf Verlaufsprobleme, Med. Klinik 56 (1961) 1509-1512

45. Flegel, H. : Zur Beurteilung der Depressionsbehandlung im psychiatrischen Krankenhaus, Drug Res. 14 (1964) 566 - 569

46. Flegel, H.
Schmidt, E. : Zur Bewertung antidepressiver Behandlung an Hand von Tryptizol-Erfahrungen, Nervenarzt 35 (1964) 134 - 139

47. Flegel, H. : Zur Dokumentation und Auswertung psychiatrisch-klinischer Verlaufsgegebenheiten für die Erprobung von Psychopharmaka anläßlich Thioridazinmedikation, Nervenarzt 33 (1962) 112 - 116

48. Flegel, H. : Pharmako - psychiatrische Forschungsabteilungen in Landeskrankenhäusern und ihre Zusammenarbeit nach nordamerikanischen Erfahrungen, Psychiat. neurol. Basel 148 (1964) 365 - 379

49. Flegel, H. : Therapeutische Gemeinschaft; Theorie, Technik und sozialer Kontext, Praxis Psychotherap. 10 (1965) 245-247

50. Flegel, H. : Haloperidol in Erhaltungsdosen, Med. Klin. 55 (1960) 2250 - 2251

51. Flegel,H. : Die psychiatrische Krankenhausabteilung in ihren gruppendynamischen Beziehungen in: 5. Fortbildungswoche für das gehobene Pflegepersonal des Landschaftsverb. Rheinland vom 9. bis 14.11.1964 im Rheinischen Landeskrankenhaus Süchteln, p. 8 - 11

52. Flegel, H. : Die psychiatrische Krankenabteilung als therapeutische Gemeinschaft, Nervenarzt 37 (1966) 160 - 164

53. Flegel, H. : Psychiatrische Krankenhauserfahrungen mit Niamid Praxis und Methodik , Ther. Gegenw. 101 (1962) 16 - 19

54. Flegel, H. : Quantifizierende Methoden in der Pharmako - Psychiatrie, Med. Welt 18 (1967) 566 - 568

55. Flegel, H. : Zur Methodik zuverlässiger Therapiebewertung in der Psychosebehandlung. In: 4. Ärztliche Fortbildungstagung des Landschaftsverbandes Rheinland am 18. und 19. Oktober 1962 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau, Kreis Kleve,p. 105 - 106

56. Flegel, H. : Probleme der klinisch statistischen Therapiebeurteilung, Mod. Probl. Pharmakopsychiat. Vol. 1 (1968) 154-162

57. Flegel, H. : Probleme der Versuchsanordnung bei der klinischen Prüfung von Thymoleptika, Int. Zeitschr. Klin. Pharmakol. 1 (1967) 27 - 34

58. Flegel, H. : Klinische Schizophreniebehandlung mit Haloperidol im katamnestischen Rückblick, Sympos. Internazionale Sull' Haloperidol E Triperidol, Milano 18.11.1962 p. 367 - 375

59. Flegel, H. : Sozial- und Milieutherapie in einer psychiatrischen Krankenhausabteilung. In: 8. Fortbildungstagung für das gehobene Pflegepersonal des Landschaftsverb. Rheinland vom 25. bis 27. Oktober 1967 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau p. 51 - 56

60. Flegel, H.
Rasper, A.
Lauber, H. : Klinisch therapeutische Studie über Haloperidol (Fluoro-Piperidino-Butyrophenon), Nervenarzt 31 (1960) 133 - 136

61. Flegel, H.
Neller, K. : Au sujet du Dipipéron dans le traitement de la schizophrenie chronique ... Extraits des comptes rondus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie Anvers 9 . - 14. juillet 1962

62. Flegel, H.
Harling, H.O.
Wödl, H. : Truxal in psychiatrischem Krankenhaus und ambulanter Nachbehandlung, Psychiat. Neurol. Basel 142 (1961) 176 - 187

63. Flegel, H. : Umgruppierung in einer psychiatrischen Abteilung als Soziotherapie, Nervenarzt 34 (1963) 384 - 391

64. Flegel, H. : Vergleichende pharmakotherapeutische Untersuchungen antidepressiver Mittel mit besonderer Berücksichtigung von Tofranil, Dtsch. med. Wschr. 85 (1960) 1601 - 1605

65. Flegel, H.
Bender, G.
Bergener, E. : Klinisch-mathematischer Vergleich psychotroper Arzneimittel, Meth. inform. med. 4 (1965) 125 - 129

66. Flegel, H. : Verlaufspräsentation als Korrektiv für die Erfolgsbeurteilung der Schizophreniebehandlung, Psychopharmacologia 5 (1963) 16 - 27

67. Floru, L.
Floru, L.
Tegeler, J. : Therapeutische Bedeutung der B-Rezeptorenblockade bei lithiumbedingtem Tremor Behandlungsversuche mit Pindolol und Practolol, Med. Welt 25 (1974) 450 - 452

68. Floru, L. : Klinische Erfahrungen mit dem neuen Antidepressivum Maprotilin 34276 Ba, Med. Welt 24 (1973) 1283 - 1286

69. Floru, L.
Zuborn, R. : Stationäre Erfahrungen mit einem oralen Langzeit - Neuroleptikum: Penfluridol, Med. Welt 24 (1973) 600

70. Floru, L.
Tegeler, J.
Wilmsen, H. : Untersuchungen des lithiumbedingten Tremors mit verschiedenen Meßmethoden, Int. Pharmakopsychiat. 10 (1975) 100-110

71. Floru, L. : Verhaltenstherapeutische Versuche durch systematische Desensibilisierung, Psychiat. clin. 6 (1973) 300 - 318

72. Frank, T. : Klinisch experimentelle Untersuchungen des Depotneuroleptikums Fluspirilene (R 6218), und des Antiparkinsonmittels Benzetimide (R 4929), Med. Diss. Düsseldorf 1970

73. Franke, E.A. : Chorsingen in einem psychiatrischen Krankenhaus , Nervenarzt 32 (1961) 127

74. Geller, W. : Die psychischen Alterserkrankungen - Aufnahme, Unterbringung, Behandlung, in: 8. Fortbildungstagung für das gehobene Pflegepersonal d. Landschaftsverb. Rheinland vom 25. bis 27. Okt. 1967 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau p. 79 - 85

75. Gentzen, M. : Neues aus dem Sioli-Haus, Grafenberger Nachrichten 1 (1974) (hekt. Ex.) p. 17

76. Gentzen, M.
Kulessa, Ch. : Rehabilitationsfreizeit in Arenal auf Mallorca, Grafenberger Nachrichten 1 (1974) (hekt. Ex.) p. 10 - 12

77. Griesinger, W. : Pathologie und Therapie der psychiatrischen Krankheiten, 4. Auflage, Braunschweig 1876

78. Grimm, J.F.L. : Hippocrates Werke, Bd. 2, Glogau 1938

79. Gruhle, H.W. : Psychiatrie für Ärzte, Band III, Berlin 1918

80. Haase, H.-J. : Das therapeutische Achsensyndrom neuroleptischer Medikamente und seine Beziehungen zu extrapyramidaler Symptomatik, Fortschr. Neurol. 29 (1961) 245 - 268

81. Haase, H.-J. : Die Beeinflussung psychomotorischer Aktivität bei neuroleptischer und antidepressiver Behandlung, Nervenarzt 33 (1962) 116 - 124

82. Haase, H.-J.
Knaack, M. : Erfahrungen mit einer Ambulanz für Schizophrene unter besonderer Berücksichtigung eines neuen Langzeitneuroleptikums (Fluspirilene) in: 9. Fortbildungstag für das gehobene Pflegepersonal des Landschaftsverb.

Rheinland vom 16. bis 18. Okt. 1968 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau p. 20 - 23

83. Haase, H.-J. : Psychiatrische Erfahrungen mit Megaphen (Largactil) und dem Rauwolfiaalkaloid Serpasil unter dem Gesichtspunkt des psychomotorischen Parkinsonsyndromes, Nervenarzt 26 (1955) 507 - 510

84. Haase, H.-J. : Pharmakotherapeutische und sozialpsychiatrische Gesichtspunkte zur stationären Behandlung chronisch Schizophrener. In: Chronisch endogene Psychosen. Hrsg. v. H. Kranz, K. Heinrich, 6. Bad Kreuznacher Sympos. 1972 , p. 114 - 120

85. Haase, H.-J.
Floru, L. : Die Langzeitneuroleptika Fluphenazin-Önanthat und Fluphenazin - Decanoat, Überblick unter besonderer Berücksichtigung des Auslands. In: Neuroleptische Dauer- und Depottherapie in der Psychiatrie . Hrsg. v. K. Heinrich, Konstanz 1969, anläßl. Frankfurter Arbeitstagung am 7. und 8. März 1969 p. 91 - 106

86. Haase, H.-J. et. al. : Zur Methodik der Untersuchung antidepressiv wirksamer Medikamente unter besonderer Berücksichtigung von Imipramin (Tofranil) und Desmethylimipramin ((Pertofran). Arch. Psychiatr. Nervenkr. 204 (1963) 427 - 445

87. Haase, H.-J. : Möglichkeiten und Grenzen der Psychopharmakotherapie mit Tranquilizern und Neuroleptika,
Dtsch. med. Wschr. 88 (1963) 505 - 514

88. Haase, H.-J. : Neuroleptika, Tranquilizer und Antidepressiva in Klinik und Praxis,
Düsseldorf 1966

89. Haase, H.-J. : Pharmakotherapie bei chronisch Schizophrenen. In: Panse , F
Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronisch endogenen Psychosen, Hrsg. v. H. Bürger-Prinz, Stuttgart 1967, anläßl. Kongreß der Dtschen Gesellschaft f. Psychiatrie und Nervenheilkunde in Düsseldorf vom 29. - 31.8.1966
p. 314 - 327

90. Haase, H.-J. et. al. : Klinische Prüfung eines neuen Langzeitneuroleptikums (Fluspirilene) unter besonderer Berücksichtigung der neuroleptischen Schwelle,
Nervenarzt 39 (1968) 275 - 279

91. Haase, H.-J. : Zur gegenwärtigen Psychopharmakotherapie
In: 4. Ärztliche Fortbildungstagung des Landschaftsverb. Rheinland am 18. und 19. Okt. 1962 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau, Kreis Kleve
p. 91 - 105

92. Haase, H.-J. et al. : Zum gegenwärtigen Stand der Behandlung mit Langzeitneuroleptica unter besonderer Berücksichtigung von Fluspirilene und Penfluridol,
Nervenarzt 42 (1971) 632 - 637

93. Haase, H.-J. : Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten, 2. Aufl. ,
Düsseldorf 1969

94. Haase, H.-J. : Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten, 3. Aufl.,
Düsseldorf 1972

95. Haase, H.-J.
Koester, H.
Wahl, G. : Untersuchung eines Langzeitneuroleptikums aus der Gruppe der Butyrophenone unter besonderer Berücksichtigung der neuroleptischen Schwelle,
Med. Welt 18 NF. (1967) 2650 - 2652

96. Haase, H.-J. : Utilisation et indication des médicaments psychotropes dans la République fédérale allemande,
Evolut. psychiat. 32 (1967) 299- 317

97. Haase, H.-J. : Über Vorkommen und Deutung des psychomotorischen Parkinsonsyndroms bei Megaphen bzw. Largatil-Dauerbehandlung,
Nervenarzt 25 (1954) 486 - 492

98. Hahn, M. : Entwicklung und Anwendungsmöglichkeiten einer Pflegebedürftigkeitsskala in der Gerontopsychiatrie, med. Diss. Düsseldorf 1973

99. Haisch, E. : Irrenpflege in alter Zeit, Ciba Zeitschr. 95 (1959) 3142 - 3172

100. Hamon, J.
Paraire, J.
Velluz, J. : Remarques sur l'action du 4560 R.P. sur l'agitation maniaque Ann. méd. - psychol. (Frankr.) 110/1 (1952) p. 331

101. Hayñer, D. : Aufforderung an Regierungen, Obrigkeiten und Vorsteher der Irrenhäuser zur Abstellung einiger schweren Gebrechen in der Behandlung der Irren, Leipzig 1817

102. Heinrich, K. : Anatomie einer Psychiatrie - Anklage, Vortrag auf d. Kongreß d. Dtschen Gesellsch. f. Psych. u. Nervenheilkunde 1974 in München, in: Standorte der Psychitrie, hrsg. von Hippius, H., Lauter, H., Urban & Schwarzenberg, München 1976, 49-60

103. Heinrich, K. : Die Arbeits- und Beschäftigungstherapie im Psychiatrischen Krankenhaus. In: Psychiatrie in Düsseldorf Jg. 3, Heft 6 (1976) p. 3- 8

104. Heinrich, K. : Zur Bedeutung des postremissiven Erschöpfungs-Syndroms für die Rehabilitation Schizophrener, Nervenarzt 38 (1967) 487 - 491

105. Heinrich, K. : Körperliche und psychische Begleitwirkungen der Psychopharmakotherapie. Vortrag auf der 11. Psychiatertagung des Landschaftsverb. Rheinland, Viersen am 4. und 5.12.1975

106. Heinrich, K. : Daten und Probleme der Depot-Neurolepsie, Vortrag auf dem 2. Steinhofer Symposium, 2. - 3.5.1975 in Wien

107. Heinrich, K. : Degenerationsmöglichkeiten therapeutischer Gruppen. In: Psychiatrische und ethologische Aspekte abnormen Verhaltens. Hrsg. v. H. Kranz , K. Heinrich. Stuttgart 1975, S. 39 -49

108. Heinrich, K. : Jahreshauptversammlung der Psychiatrischen Hilfsgemeinschaft Rheinland. 1974

109. Heinrich, K., Dammhayn, B., Kinzler, E., Müller, U., Tegeler, J. : Kriterien der Zuweisung schizophrener Kranker zur stationären oder poliklinischen Therapie, In: 3. Weissenauer Schizophrenie Symposium, Travemünde 1975

110. Heinrich, K. : Psychopharmaka in Klinik und Praxis. Thieme, Stuttgart 1976

111. Heinrich, K., Kretschmar, J. H., Tegeler, J., Flor, L., Kempf, H., Velikonja, M., Velikonja, S. : Probleme der Rangposition in Gruppen psychisch Kranker. In: Psychiatrische und ethologische Aspekte abnormen Verhaltens. Hrsg. v. H. Kranz, K. Heinrich, Stuttgart 1975, S. 1 - 17

112. Heinrich, K. : Psychopharmaka: Bestimmung der Begleitwirkungen und Risiken, Diagnostik 6 (1973) 171 - 176

113. Heinrich, K. : Dürfen wir heute noch Psychopharmaka verwenden? 7. Ärztl. Fortbildungstagung Essen 1973 (unveröffentlichter Vortrag)

114. Heinrich, K. : Psychopharmaka in der Praxis - Stand der Entwicklung, Med. Welt , 27, 499 - 507 (1976)

115. Heinrich, K.
Baer, R. : Zur depot - neuroleptischen Therapie Schizophrener in der klinischen Ambulanz. In:
Neuroleptische Dauer- und Depottherapie in der Psychiatrie. Hrsg. v. K. Heinrich, Konstanz 1969,

116. Heinrich, K. : Zur therapeutischen Wirksamkeit von Langzeit - Neuroleptika. In:
Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen . Hrsg. v. G. Huber , Schattauer, Stuttgart / New York 1973

117. Herting, J. : Abschrift, Zur Geschichte der deutschen Hilfsvereine für Geisteskranke bis 1870
Düsseldorf 1870

118. Herting, J. : Zur Geschichte der Beschäftigungstherapie
In:
Deutscher Verband für die berufliche Kranken- und Wohlfahrtspflege , Hrsg.
Köln 1927 , p. 7 - 10

119. Herting, J. : Über Hausindustrie in den Anstalten,
Vortrag in Psych. Verein der Rheinprovinz am 15.6.1912
Psychiatr. Neur. Wschr. 14 (1912)
225 - 227

121. Hill, R.G. : Total abolition of personal restraint in the treatment of the insane ... London 1839

122. Höffken, K.D. : Auswahlkriterien für eine soziotherapeutische Entziehungskur bei Alkoholikern
8. Psychiatertagung des Landschaftsverb. Rheinland 1967 p. 143 - 147

123. Horn, E. : Beschreibung der in der Irrenanstalt des Kgl. Charité-Krankenhauses zu Berlin gebräuchlichen Drehmaschîne, ihre Wirkung und Anwendung bei Geisteskrankheiten,
Z. psych. Ärzte (1818) p.219 - 230

124. Horn, E. : Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfwöchige Dienstführung als zweiter Arzt des Kgl. Charité - Krankenhauses zu Berlin nebst Erfahrungen über Krankenhäuser und Ihrrenanstalten,
Berlin 1818

125. Jacobi, M. : Beobachtungen über die Pathologie und Therapie der mit Irresein verbundenen Krankheiten,
Elberfeld 1830

126. Jahresberichte des Hülfsvereins für Geistekranke von 1900, 1901, 1903, 1904, 1905

127. Jochinke, Chr. : Die Alkoholkrankenabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik - Rheinisches Landeskrankenhaus in Düsseldorf,
Vortrag 1976 (unveröffentlicht)

128. Jörgens, V. : Nutzen einer Rehabilitationsstation im gerontopsychiatrischen Bereich,
März 1976 (unveröffentl. Vortrag)

129. Joseph, K. : Untersuchungen zur stationären und ambulanten Behandlung mit Fluanxol Depot (TV 346 D)
med. Diss. Düsseldorf 1971

130. Kalinowsky, L.B.
Hoch, P.H. : Schockbehandlungen, Psychochirurgie und andere somatische Behandlungsverfahren in der Psychiatrie
übersetzt v. Kranz, H., Viefhues, H.,
Bern und Stuttgart 1952

131. Kapplinghaus, R. : Erfahrungen mit der Lithiumtherapie bei manischen Zustandsbildern. In:
1. Ärzliche Fortbildungstagung des Landschaftsverb. Rheinland am 8., 9. und 10. Okt. 1959 in der Rhein. Landesheilanstalt Johannistal in Süchteln
p. 60

132. Kapplinghaus, R. : Lithiumbehandlung in der Psychiatrie,
Med. Klin. 15 (1958) 660 - 661

133. Kapplinghaus, R. : Über Probleme der Betreuung Schizophrener in der Außenfürsorge. In: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronisch endogenen Psychosen . Hrsg. v. H. Bürger - Prinz, Stuttgart 1967

134. Kapplinghaus, R. : Rehabilitationsfragen in der Außenfürsorge unter besonderer Berücksichtigung der Schizophrenen , In: 8. Fortbildungstagung für das gehobene Pflegepersonal des Landschaftsverb. Rheinland vom 25. bis 27. Okt. 1967 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau p. 41 - 47

135. Kempf, H. : Vorläufige Ergebnisse über eine Therapiefreizeit mit chronischen Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses. Unveröffentlichter Vortrag in Düsseldorf 22.1.1973

136. Kettlitz, R. : Die Entwicklung des Rheinischen Landeskrankenhauses - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf von 1945 bis heute. Med. Diss. Düsseldorf 1976 (im Druck)

137. Kläsi, J. : Über die therapeutische Anwendung der "Dauernarkose" mittels Somnifen bei Schizophrenen, Z. ges. Neurol. Psychiat. 74 (1922)

138. Kläsi, J. : Einiges über Schizophreniebehandlung, Zschr. Neurol. Berlin 78 (1922) 606-620

139. Kläsi, J.
Hediger, St. : Hämodynamische Wirkungen des Somnifens bei Psychosen, Zschr. Neurol. Berlin 89 (1924) 446-457

140. Kleine, G. : Über Erfahrungen mit Tofranil, In: 1. Ärztliche Fortbildungstagung des Landschaftsverb. Rheinland am 8., 9. und 10. Okt. 1959 in der Rhein. Landesheilanstalt Johannistal in Süchteln, Düsseldorf 1960 , p. 63 - 64

141. Kloppert, H.H. : Bei den Aermsten der Armen in Grafenberg I . In: Duisburg - Ruhrorter Zeitung, Abendausgabe Nr. 264, 38. Jg. 8.6.1911

142. Kloppert, H.H. : Bei den Aermsten der Armen in Grafenberg II. In: Duisburg-Ruhrorter Zeitung, Abendausgabe vom 9.6.1911

143. Knaack, M. : Zum Problem der Rückfallhäufigkeit Schizophrener und ihrer Prävention mittels Einsatzes von Langzeitneuroleptika bei der ambulanten Nachbehandlung, Med. Diss. Düsseldorf 1969

144. Koester, H. : Hauptversammlung der Sozialpsychiatrischen Hilfsgemeinschaft 1969

145. Koester, H. : Zur Theorie und Praxis der Gruppentherapie in den Rheinischen Landeskrankenhäusern . In:
8. Fortbildungstagung für das gehobene Pflegepersonal des Landschaftsverb. Rheinland vom 25. bis 27. Okt. 1967 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau , p. 36 - 40

146. Kornfeld, S. : Geschichte der Psychiatrie. In:
Handbuch der Geschichte der Medizin. Hrsg. v. M. Neuburger, J. Pagel, Bd. 3, Jena 1905, p. 601 - 728

147. Kraepelin, E. : Über die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel, Jena 1892

148. Kraepelin, E. : Diskussionsbemerkung zu Dauerbädern, Allg. Z. Psychiatrie 50 (1894) 1075

149. Kraepelin, E. : Über die Einwirkung einiger medikamentöser Stoffe auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge,
Wundt's philosoph. Studien I
417 (1883) 573

150. Kraepelin, E. : 100 Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung, Berlin 1918

151. Kraepelin, E. : Psychiatrie, 6. Aufl. Leipzig 1895

152 Krasner, L. : Behavior Therapy,
Ann. Rev. Psychol. 22 (1971) 483 - 532

153. Kretschmar, J. H.,
Kretschmar, Chr. ,
Schmidt, G.,
Westerhoven, J. : Befindlichkeitsänderung geriatrisch - psychiatrischer Patienten bei der Aufnahme in die geschlossene Abteilung. In: Gerontopsychiatrie III. Hrsg. v. M. Bergener, Janssen, Düsseldorf 1973, p. 188 - 201

154. Kretschmar, J. H.
Kretschmar, Chr. : Über die Rangordnung in Patientenclubs. In: Psychiatrische und ethologische Aspekte abnormen Verhaltens. Hrsg. v. H. Kranz, K. Heinrich, Thieme Stuttgart 1975, p. 17 - 29

155. Kretschmer, E. : Hysterie, Reflex und Instinkt. 5. Aufl. Leipzig 1948

156. Krömer, W. : Erfahrungen mit einer psychiatrischen Poliklinik. In:
10. Fortbildungstagung für das gehobene Pflegepersonal des Landschaftsverbandes Rheinland vom 28. bis 30. Okt. 1970 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau, p. 11 - 14

157. Krömer, W. : Das Franz-Sioli - Haus in Düsseldorf
Psychiat. Prax. 1 (1974) 184 - 185

158. Krömer, W. : Rahmenstatut zum Franz Sioli-Haus vom 14.12.1972

159. Krömer, W. : "Robinson" und "Elan" - zwei Beispiele für Laienaktivitäten, in: Hilfsvereine und Laiengruppen..., hrsg. v.F. Reimer, Janssen Symposien Düsseldorf, 6. Weinsberger Kolloquium 20.9.1974

160. Kuhn, R. : Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodibenzylderivat (622355), Schweiz. med. Wschr. 87 (1957) 1135-1140

161. Kuhn, P. : Die Entwicklung im Rheinischen Landeskrankenhaus - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf von 1918 bis 1945
Med. Diss. Düsseldorf 1976 (im Druck)

162. Kulenkampff. A. : Möglichkeiten und Grenzen der Mitarbeit von Laien in einem Psychiatrischen Krankenhaus. In:
Der psychisch Kranke und die Gesellschaft.
Tagung der Evangelischen Akademie Loccum, Oktober 1970, p. 106 -110

163. Kulenkampff, E. : Die Versorgung des psychisch Kranken. In: Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Hrsg. v. H. Lauter, J.E. Meyer, anläßl. der Tagung der Evangel. Akademie Loccum, Oktober 1970, p. 1 - 8

164. Kulenkampff, E. : in der Rheinischen Post am 1. März 1975

165. Landschaftsverband Rheinland , Akte III 6 1 Az 401, 15.7.1957

166. Landschaftsverband Rheinland, Zentralverwaltung und Außendienststellen. Stand: 31. Juli 1959, p. 32

167. Lauber, H. : Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie. In:
4. Ärztliche Fortbildungstagung des Landschaftsverbandes Rheinland am 18. und 19. Oktober 1962 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau, p. 9 - 18

168. Lehmann, H. : Therapeutische Gemeinschaft - gruppentherapeutische Konzepte . In:
11. Fortbildungstagung für das Pflegepersonal des Landschaftsverb. Rheinland vom 17. bis 19. Oktober 1973 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg- Hau, p. 15 - 17

169. Lewin, B. : Gruppentherapie bei chronischem Alkoholismus. In:
3. Ärztl. Fortbildungstagung des Landschaftsverb. Rheinland am 12. und 13. Okt. 1961 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau, p. 44 - 48

170. Licht, K. : Untersuchung zur Resozialisierung von sozial isolierten chronisch Schizophrenen mit abgeklungenem Krankheitsbild, med. Diss. Düsseldorf 1969

171. Liebreich, O. : Das Chloralhydrat, ein neues Hypnotikum, 3. Aufl.,Berlin 1871

172. Linzbach, J. : Die Pflege der geistigen Gesundheit als Staatsaufgabe
Psychiatr. Neurol. Wschr. 32 (1930) 289 - 305

173. Mappes, K. : Erfahrungen mit Depot- Phenothiazinen (Fluphenazin-Önanthat und Fluphenazin-Decanoat) in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. In:
Neuroleptische Dauer- und Depottherapie in der Psychiatrie, Hrsg. v. K. Heinrich, Konstanz 1969, p. 84 - 86

174. Martin, D.V. : Adventure in psychiatry,
Oxfort 1962

175. v. Meduna, L. : Versuche über die biologische Beeinflußung des Ablaufs der Schizophrenie.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 152 (1935) 235 - 262

176. Mentzel, G. : Die Anonymen Alkoholiker (A.A.) und die Behandlung des chronischen Alkoholismus,
Nervenarzt 36 (1965) 257

177. Mohr, W. : Zur Frage der 14tägigen Applikation von Fluspirilene in der ambulanten Langzeitbehandlung der Schizophrenie, med. Diss. Düsseldorf, 1971

178. Moldenhauer, B. : Fluphenazin - Decanoat in der psychiatrischen Klinik und Ambulanz. In: Neuroleptische Dauer- und Depottherapie in der Psychiatrie, Hrsg. v. K. Heinrich, Konstanz 1969, p. 60 - 64

179."In Grafenberg", Morgenzeitung vom 7.2.1926 , Nr. 36 (zweites Blatt)

180. Müller, M. : Zusammenarbeit mit einer Gruppe anonymer Alkoholiker. In:
8. Fortbildungstagung für das gehobene Pflegepersonal des Landschaftsverb. Rheinland vom 25. bis 27. Oktober 1967 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau, p. 108 - 110

181. Neisser, E. : Über die Bettbehandlung der akuten Psychosen und über die Veränderungen, welche ihre Einführung im Anstaltsorganismus mit sich bringt, München 1900

182. Noguchi, H. : Studie über den Nachweis der Spirochaete pallida im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und bei Tabes dorsalis.
Münch. med. Wschr. 60 (1913) 737 - 739

183. Norpoth, H. : Die Dämmerschlafbehandlung in der Psychiatrie insbesondere im Hinblick auf ihre Verwendung bei Schizophrenie und Depression, Med. Diss. Düsseldorf 1939

184. Panse, F. : Bedeutung und Aufgaben der Fürsorgerin im Psychiatrischen Krankenhaus, Gesundheitsfürsorge 10 (1960) 93

185. Panse, F. : Neuzeitliche psychiatrische Behandlungsverfahren, Beilage: Medizin von heute in der " Deutschen" Zeitung vom 20.9.1960

186. Panse, F. : Bericht an den Landschaftsverb. Rheinland vom 14.5.1959 zur Elektrokrampftherapie

187. Panse, F. : Institution und Atmosphäre des Psychiatrischen Krankenhauses als therapeutische Funktion, Vortrag auf der 77. Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater, Baden-Baden, 28.5.1961, Nervenarzt 33 (1962) 70

188. Panse, F. : Das psychiatrische Krankenhauswesen, Stuttgart 1964

189. Panse, F. : Medikamentöse Behandlung der Opiumsucht, Ref. Med. Klin. 52 (1957) 2181

190. Panse, F. : Möglichkeiten und Reichweite der Therapie bei chronisch endogenen Psychosen. In: Chronisch endogene Psychosen. Hrsg. v. H. Kranz, K. Heinrich, Thieme Stuttgart 1972, p. 124 - 127

191. Panse, F. : Der medikamentöse Winterschlag Med. Klin. 1953 Nr. 36 , 1344 - 1345

192. Pavlov , J.P. : Lectures on Conditioned Reflexes vol. I and II. New York, International Publishers 1928

193. Pavlov, J.P. : Conditioned Reflexes Transl. a. edited by Anrep. G.V. London, Oxford University Press 1927

194. Pelman, C. : zitiert nach Peretti: Über die frühere und jetzige Behandlung der Geisteskranken, Vortrag vom 24. Okt. 1894, p. 27 - 28

195. Pelman, C. : Chronik der Anstalt . In: Bericht über die Rheinische Provinzial-Irrenanstalt Grafenberg in den Jahren 1876 - 1885, Düsseldorf 1886, p. 5 - 10

196. Pelman, C. : Erinnerungen eines alten Irrenarztes, Bonn 1912

197. Pelman, C. : Hülfsvereine für Geisteskranke. In: Der Irrenfreund, Sonderdruck

198. Pelman, C. : Über Selbstmorde, Entweichungen und Trinker. In:
Bericht über die Rheinische Provinzial-Irrenanstalt Grafenberg in den Jahren 1876 - 1885
Düsseldorf 1886, p. 32 - 40
(w. zitiert S. 39)

199. Peretti, J. : Über die frühere und jetzige Behandlung der Geisteskranken, Vortrag geh. in der General-Versamml. des Hülfsvereins für Geisteskranke am 24. Okt. 1894,
Düsseldorf 1895

200. Peretti, J. : Bericht über das Jahr 1903. In:
3. Jahresbericht des Hülfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz,
Brauweiler 1904, p. 1 - 10

201. Peretti, J. : Bericht über das Jahr 1905. In:
5. Jahresbericht des Hilfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz 1906,
p. 3 - 8

202. Peretti, J. : Erfahrungen über psychopathologische Zustände bei Kriegsteilnehmern.
Schmidts Jahrbücher der in- und ausländ. ges. Med. 325 (1917) 257

203. Peretti, J. : Simulation von Geistkrankheit,
Med. Klin. 7. (1911) 1337 - 1342

204. Peretti, J. : Vortrag zur Geschichte der Psychiatrie, Bonn 21.6.1913

205. Pinel, Ph. : Traité Médico - Philosophique sur l'Aliénation Mentale, Paris 1809

206. Ploeger, A. : Diskussionsbeitrag; in: Psychiatrische und ethologische Aspekte abnormen Verhaltens, Hrsg. v. H. Kranz, K. Heinrich, Thieme Stuttgart 1975, p. 39

207. Pöldinger, W. : Kompendium der Psychopharmakotherapie, wissensch. Dienst (Roche) Grenzach/Baden 1967

208. Pratt, E.H. : Vibratory Treatment, N. Ann. Journ. Homoeop. 53 (1905) 643 - 650

209. Richter-Peill, H. : Klinisch neuroleptische Prüfung des Butylphenyltriazaspirodekanderivates R 6218 (Fluspirilene) und des Glutarimid-derivates R 4929 (Benzetimide) an akut erkrankten Schizophrenen, Med. Diss. Düsseldorf 1969

210. Sakel, M. : Schizophreniebehandlung mittels Insulin-Hypoglykämie sowie hypoglykämischen Schock, Wien med. Wschr. II (1934) 1211

211. Samuel, S. : Geschichte der Therapie. In: Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik. Hrsg. v. A. Eulenburg, S. Samuel, 1. Bd. , Wien, Leipzig 1898, p. 5 - 47

212. Schadewaldt, H. : Die Einführung des Atebrin in den Arzneischatz, Dtsch. med. Wschr. 100 (1975) 2583 - 2585

213. Schmidlin, P. : Observations on the clinical testing of mental drugs. Experience with 622355. Presented at 115. Annual Meeting American Psychiatrie Association San Francisco 1958

214. Schneider, E. : Behandlung und Verhütung der Geists-Krankheiten, Berlin 1939

215. Schou, M.
Juel-Nielsen, N.
Stromgren, E. : The treatment of manic psychoses by the administration of lithium salts, J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 17 (1954) 250 - 260

216. Schrenk, M. : Über den Umgang mit Geisteskranken, Berlin/Heidelberg/New York 1973

217. Schulte, W. : Klinik der Anstaltspsychiatrie, Stuttgart 1962

218. Schulte, W.
Tölle, R. : Psychiatrie, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York 1973

219. Schwäbisch, L.
Siems, M. : Anleitung zum sozialen Lernen für Paare, Gruppen und Erzieher, Rheinbeck b. Hamburg 1974

210. Seebandt, R. : Musiktherapie, ein neuer Weg in der Rehabilitation. In: 8. Fortbildungstagung für das gehobene Pflegepersonal des Landschaftsverb. Rheinland vom 25. bis 27. Okt. 1967 im Rhein. Landeskrankenhaus Bedburg- Hau p. 57 - 59

211. Seebandt, R.
Seebandt, E. : Die Singgruppe in der Beschäftigungstherapie. In: Beschäftigungs- und Gruppentherapie Folge 5. Hrsg. Bayer Leverkusen

212. Simon, H. : Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Allg. Z. Psychiat. 87 (1927) 97

213. Sioli, F. : Über die Behandlung der progressiven Paralyse mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat, Dtsch. med. Wschr. 46 (1920) 205 - 207

214. Sioli, F. : Über die Behandlung von Paralyse und Tabes vom klinischen Standpunkt aus, Zschr. Neurol. 101 (1926) 630 - 643

215. Sioli, F. : Die Beschäftigungstherapie im Rahmen der Gesamttherapie der Anstalten, Deutsche Krankenpflege 1927, Nr. 14

216. Sioli,F.
Rinkel, M. : Das Blutbild während der Entziehung beim Morphinismus, Dtsch. med. Wschr. 9 (1933) 324 - 327

217. Sioli, F. : Brief von Sioli an O. Vollmer vom 25. Juli 1936

218. Sioli, F. : Gedenkrede für Peretti (hektogr. Ex.) in der Bibl. des Rhein. Landeskrankenhauses Düsseldorf

219. Sioli, F. : Infektionstherapie mit Rekurrens und Malaria, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81 (1924)

220. Sioli, F. : Irrenanstalten und psychiatrisch neurologische Abteilung. In: Jahrbuch für das gesamte Krankenhauswesen, Bd. II, (1931 - 1935) Berlin 1935

221. Sioli, F. : Irrenfürsorge und Irrenpflege in der Gegenwart, Vortrag auf der Reichskonferenz des

Dtschen Verbandes f. die berufl. Kranken- und Wohlfahrtspflege am 28. August 1926 in Düsseldorf

222. Sioli, F. : Irrenwesen. In: Handwörterbuch der Kommunalwissenschaften II. Hrsg. v. J. Brix, H. Lindemann, O. Most, Jena 1927, p. 565

223. Sioli, F. : 15 Jahre Theaterverein Frohsinn Festschrift zur Gründungsfeier am 12. Nov. 1937

224. Sioli, F. : Nekrolog auf Josef Peretti, Psychiat. Neurol. Wschr. 29 (1927) 239 - 242

225. Sioli, F. : Prüfung des Plasmochins bei der Impfmalaria der Paralytiker, Arch. Schiffs. - u. Tropenhyg. Beiheft 3 Leipzig 30 (1926) 19 - 24

226. Sioli, F. : Salvarsantherapie der progressiven Paralyse. In: Handbuch der Salvarsantherapie. Hrsg. v. W. Kolle, K. Zieler, Berlin/ Wien 1925, p. 433 - 475

227. Sioli, F. : Der Stand des Morphinismus Allg. Zschr. Psychiatr., (...) 86 (1927) 440

228. Sioli, F. : Der Stand des Morphinismus ,
Klin. Wschr. 5 (1926) 1797 - 1800

229. Sioli, F. : Die Therapie der akuten Encephalitis,
Fortschr. Therapie 7 (1931) 673 - 676

230. Sioli, F. : Über die Wirkung des Atebrin bei der Impfmalaria der Paralytiker,
Dtsch. med. Wschr. 58 (1932) 532-533

231. Sioli, F.
Kentenich, A.
Vollmer, O. : Über die Zucht der Anopheles und die Verwendung der Anopheles zur Malariabehandlung der Paralytiker,
Zschr. Neurol. 155 (1936) 783 - 797

232. Skinner, B.F.
Lindsley, O.R. : A method for the experimental analysis of behavior of psychotic patients,
Ann. Psychol. 9 (1954) 419 - 420

233. Steuer, A. : Klinische Prüfung eines Langzeit- Neuroleptikums (Fluphenazin-Dekanoat) unter besonderer Berücksichtigung der Feinmotorik,
Med. Diss. Düsseldorf 1972

234. Thorndike, E.L. : Animal intelligance - an experimental study of the associative process in animals,
Psychol. monogr. 2 (1898) 1 - 106
(Monogr. suppl. whole no. 8)

235. Trimborn, W. : Das Klinische Wirkungsprofil des Neuroleptikums Penflridol, Med. Diss. Mainz 1971

236. Verfügung des Landschaftsverbandes Rheinland vom 23.1.1956 (III. 6 1 - Az 401)

237. Verfügung des Landschaftsverbandes Rheinland vom 20.12.1954 (III. 6 1 - 1771)

238. Wagensommer, J. : Therapeutisch unerwünschte Wirkungen der Thymoleptika, Med. Diss. Düsseldorf 1964

239. Wagner, H. : Lithiumsalze bei affektiven Psychosen- Eine wirksame und ungefährliche Behandlungsmethode ? Med. Diss. Düsseldorf 1972

240. Wagner-Jauregg, J. : Über die Einwirkung der Malaria auf die progressive Paralyse, Psychiatr.-Neur. Wschr. 20 (1918/19) 132 - 134 und 251 - 255

241. Wagner-Jauregg, J. : Fieber- und Infektionstherapie, Wien/Leipzig/Bern 1936

242. Wahl, G. : Klinisch experimentelle Untersuchungen der Langzeitneuroleptika Chlorofluperidol und Fluphenazin-Önanthat, Med. Diss. Düsseldorf 1966

243. Walterbusch, G. : Untersuchungen zur ambulanten Verwendung von Langzeitneuroleptika unter besonderer Berücksichtigung der freien nervenärztlichen Praxis, Med. Diss. Düsseldorf 1972

244. Wassermann, A.
Plaut, F. : Über das Vorhandensein syphilitischer Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern, Dtsch. med. Wschr. 32 (1906) 1768 -

245. Weber, E. : Ein Rauwolfiaalkaloid in der Psychiatrie (...), Schweiz. med. Wschr. 84 (1954) 968

246. Welkens, K. : Außenfürsorge betreut 2500 psychisch Kranke. In: Rheinische Post v. 6.5.1967

247. Wiehl : ohne Titel Allg. Zschr. Psychiatr., (...) 85 (1926) 124

248. Witt, M. : Bericht über die Freizeit zur Rehabilitation von psychisch Kranken Patienten des Rheinischen Landeskrankenhauses Düsseldorf in Merkhausen vom 3. - 14.12. 1973, Unveröff. Vortrag vom 7.1.1974

249. Wolpe, J. : The practice of behavior therapy, London 1969

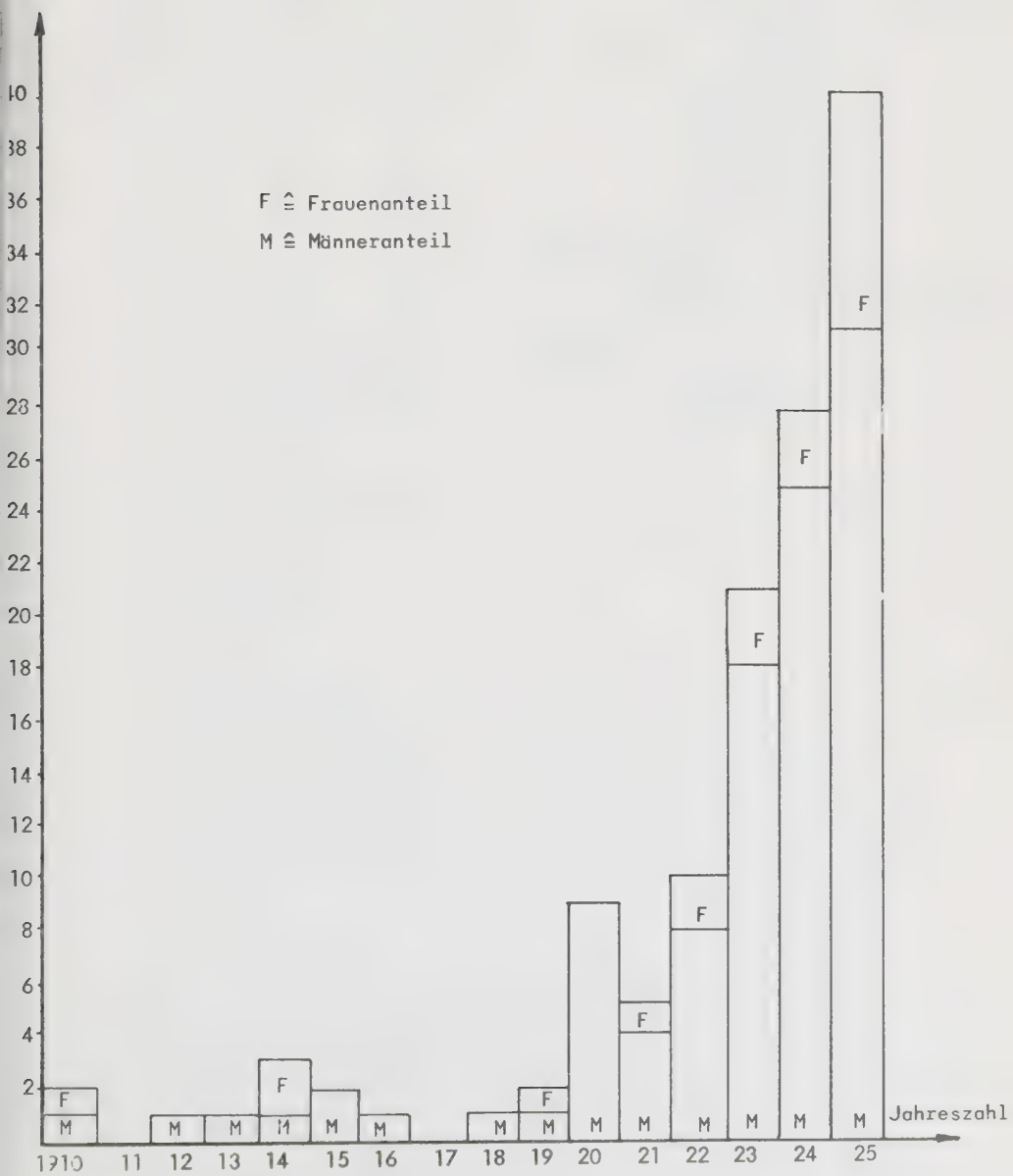
250. Zuborn, R. : Klinisch neuroleptische Untersuchung des Diphenylbutyl-Piperidin-Neuroleptikums R 16341 (Penfluridol) an akut erkrankten Schizophrenen, Med. Diss. Düsseldorf 1971

A N H A N G

	Seite
- Lageplan im Bericht über die Rheinischen Provonzial-Heil- und Pflege-Anstalten Düsseldorf 1904	196
- Morphinisten-Aufnahmen in Düsseldorf von 1910 - 1925	197
- Statistik über die soziale Krankenhausfürsorge der Düsseldorfer Klinik von 1957 - 1958	198
- Richtlinien zur Durchführung der Familienpflege	199 - 203
- Pharmakopsychiatrische Veröffentlichungen in Düsseldorf von 1956 - 1975	204
- Hausordnung und Therapieplan von Haus 8 (12)	205 - 209
- Auszüge aus der Hausordnung der Station 19 c (1973)	210
- Industriebezogene Arbeitstherapie, Arbeitsformen und Zahl der Patienten	212
- Der Wochenplan von Haus 22	213/214
- Therapieplan der Station 10 b vom 26.11.1974	215
- Satzung der "Psychiatrischen Hilfsgemeinschaft Rheinland e.V."	216 - 217
- Statistischer Bogen für die Außenfürsorgetätigkeit im Berichtsjahr 1975	218 - 220
- Satzung des Vereins Elan	221 - 222
- Statistik über die Zahl der Untersuchungen in der Psychiatrischen Poliklinik der Universität Düsseldorf von Oktober 1975 - Februar 1976	223 - 224

Abb. zu Tab. 1

Morphinisten-Aufnahmen in Düsseldorf
von 1910 bis 1925



Rhein. Landesheilanstalt u. Nervenklinik
Düsseldorf-Grafenberg

Tab. Nr. 7:

Soziale Krankenhausfürsorge:

	1955/56	1956/57	1957/58
Zahl der Fälle insgesamt:	314	496	557
Aussprachen in Sprechstunden:	815	1727	1910
Besuche bei Familienangehörigen:	138	214	308
" " Arbeitgebern:	43	52	85
" " Fürsorgestellen:	67	73	93
" " Gesundheitsämtern:	34	46	58
" " Arbeitsämtern:	69	138	158
" " Wohnungsämtern:	12	18	24
" " Ausgleichsämtern usw etc. (Flüchtl.-, Wiedergutmachungsamt)	16	15	26
Briefe im Interesse der Kranken:	315	528	742
Vermittlungen in Arbeitsstellen (neu):	76	118	128
" " " (alt):	8	12	9
" " Heimpflege:	39	52	48
" " Familienpflege:	2	5	3

.-.-.-.-.-.-.

DER DIREKTOR DES LANDSCHAFTSVERBANDES RHEINLAND

Rhein. Landeskrankenhaus
Düsseldorf
Eing. 7. 10. 74
DIREKTOR

Richtlinien

zur Durchführung der Familienpflege

1. Zweck der Familienpflege

1.1 Durch die an den Rheinischen Landeskrankenhäusern und -kliniken eingerichtete Familienpflege sollen Patienten, die nicht mehr der stationären Behandlung, wohl aber der Betreuung und Anleitung bedürfen, im Sinne einer Rehabilitation und Resozialisierung gefördert werden. Ihnen soll dadurch die Möglichkeit gegeben werden, im Schutze und in der Betreuung einer Familie - in Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhaus bzw. der Landesklinik - ein eigenes Leben zu führen.

1.2 Die Familienpfleglinge können jederzeit aus der Pflegestelle zurückgenommen werden, wenn das Landeskrankenhaus/die Landesklinik dies für erforderlich hält.

2. Dauer der Familienpflege

2.1 Die Dauer der Familienpflege wird von dem Landeskrankenhaus/der Landesklinik bestimmt; sie beträgt in der Regel bis zu 2 Jahre und kann nur mit Genehmigung des zuständigen örtlichen Trägers der Sozialhilfe, dem diese Aufgabe durch den Landschaftsverband übertragen worden ist, verlängert werden. Wird eine Verlängerung für erforderlich gehalten, hat das Landeskrankenhaus/die Landesklinik vor Ablauf der Höchstdauer beim zuständigen örtlichen Träger der Sozialhilfe hierzu die Genehmigung unter Mitteilung der Gründe, warum der Pflegling weiterhin in Familienpflege verbleiben soll, zu beantragen.

3. Voraussetzungen

3.1 Die Aufnahme in die Pflegefamilie wird nach ärztlichen Gesichtspunkten durchgeführt. Die Patienten werden als Pfleglinge nur in solchen Familien untergebracht, die von dem Landeskrankenhaus/

der Landesklinik überprüft und als geeignet angesehen worden sind.

3.2 Der Patient darf nur mit seinem Einverständnis in einer Pflegestelle untergebracht werden.

4. Status des Pfleglings

4.1 Der Familienpflegling bleibt weiterhin Patient des Landeskrankenhauses/der Landesklinik, von dem/der er regelmäßig ärztlich betreut wird.

5. Schutz und Betreuung des Familienpfleglings

5.1 Mit der Aufnahme des Pfleglings geht die Sorgepflicht für dessen seelisches und leibliches Wohl auf die Pflegefamilie über.

Der Pflegling genießt den Schutz der Familie in allen Bereichen des täglichen Lebens. Er hat vollen Anschluß an die Familie, nimmt an den gemeinsamen Mahlzeiten teil und erhält dieselbe Beköstigung, wie die Familienmitglieder. Die Pflegefamilie soll den ihr anvertrauten Pflegling so behandeln und auf ihn einwirken, daß er sich wohl fühlt. Sie hat ihre Aufmerksamkeit auch auf die Gesundheit, die Körperpflege und die Kleidung des Pfleglings zu richten.

5.2 Für den in einer Familie untergebrachten Pflegling muß ein eigenes, hinreichend geräumiges und beheizbares Zimmer mit einem Bett, Nachttisch, Kleider/Wäscheschrank, Tisch, Stuhl/Sessel, Gardinen und Beleuchtungskörper zur Verfügung stehen. Im Bedarfsfall muß das Zimmer geheizt werden.

Dem Pflegling muß Gelegenheit gegeben werden, wöchentlich mindestens einmal ein Bad zu nehmen oder zu duschen.

5.3 Die Bettwäsche wird von der Pflegefamilie gestellt. Sie muß ordentlich und sauber sein; sie soll ebenso häufig gewechselt werden, wie es sonst in der Familie üblich ist, mindestens jedoch alle 4 Wochen.

5.4 Die erforderliche Unter- und Oberbekleidung (Bekleidungserstausstattung lt. Kleiderverzeichnis) werden dem Pflegling bei der Unterbringung in der Pflegefamilie durch das Landeskrankenhaus/die Landesklinik gestellt und der Familie zu treuen Händen gegen Empfangsbescheinigung übergeben.

Für die Reinigung, Instandhaltung und Ergänzung der Leibwäsche und Kleidung hat die Pflegefamilie zu sorgen.

5.5 Es ist darauf zu achten, daß der Pflegling die Leibwäsche mindestens einmal wöchentlich wechselt.

6. Überwachung der Pflegestellen

6.1 Die Pflegestellen werden mindestens vierteljährlich von Beauftragten des Landeskrankenhauses/der Landesklinik besucht. Dabei sind das Befinden des Pfleglings, Unterkunft, Wäsche und Kleidung etc. zu überprüfen. Klagen und Wünsche sind anzuhören und, soweit möglich, an Ort und Stelle zu regeln.

6.2 Über das Ergebnis dieser Besuche sind ebenso wie über alle besonderen Vorkommnisse Aufzeichnungen in der Krankengeschichte des Pfleglings zu machen.

7. Ärztliche Behandlung

7.1 Die ärztliche Behandlung des Pfleglings geschieht grundsätzlich durch Ärzte des Landeskrankenhauses/der Landesklinik. Die fachärztliche und zahnärztliche Versorgung erfolgt ebenfalls durch Ärzte des Landeskrankenhauses/der Landesklinik oder durch beauftragte Ärzte. Der Pflegling wird mit allen notwendigen Heilmitteln vom Landeskrankenhaus/der Landesklinik versorgt.

7.2 Bei Krankheiten und Unfällen hat die Pflegefamilie das Landeskrankenhaus/die Landesklinik unverzüglich zu benachrichtigen, und zwar auch dann, wenn aus irgendeinem Grunde, wie z.B. bei Verkehrsunfällen, schon ein anderer Arzt hinzugezogen worden ist. Treten akute Erkrankungen auf, ist ohne Verzögerung der zunächst erreichbare praktische Arzt beizuziehen.

8. Besondere Vorkommnisse

8.1 Besondere Vorkommnisse - z.B. eine auffallende Veränderung des Gesundheitszustandes des Pfleglings, das Ableben des Pfleglings - hat die Pflegefamilie sofort dem Landeskrankenhaus/der Landesklinik mitzuteilen. Die Pflegefamilie soll, falls erforderlich, schon von sich aus nach pflichtgemäßem Ermessen (z.B. bei Unglücksfällen) tätig werden.

Im Falle des Ablebens des Pfleglings regelt das Landeskrankenhaus/die Landesklinik dessen Bestattung.

9. Beschäftigung des Pfleglings

9.1 Das Landeskrankenhaus/die Landesklinik wird dafür Sorge tragen, ob und wie der Pflegling zu beschäftigen ist.

10. Vergütung an die Pflegefamilie

10.1 Das Landeskrankenhaus/die Landesklinik zahlt der Pflegefamilie für den Pflegling ein monatliches Entgelt.

11. Führung der Krankenpapiere

11.1 Über jeden Pflegling werden im Landeskrankenhaus/in der Landesklinik die vorgeschriebenen schriftlichen Aufzeichnungen wie bei den anderen Patienten fortgeführt. Insbesondere müssen die Krankengeschichten regelmäßig ergänzt werden.

12. Wohnsitz des Pfleglings

12.1 Der in einer Pflegefamilie untergebrachte Patient behält den am Orte des Landeskrankenhauses/der Landesklinik begründeten Wohnsitz.

12.2 Überschreitet der Aufenthalt des Pfleglings in der Pflegefamilie die Dauer von 2 Monaten, so ist gemäß § 14 des Meldegesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen vom 25.5.1960 (SGV. NW. 210) und den dazu ergangenen Verwaltungsvorschriften vom 15.7.1960 (Runderlaß d. Innenmin. vom 15.7.1960 - IC 3/13 - 41.12 - SMBl. NW. 2101) eine polizeiliche Anmeldung bei der für den Wohnsitz der Pflegefamilie zuständigen Meldebehörde vorzunehmen.

13. Beachtung der Richtlinien

13.1 Der Haushaltsvorstand der Pflegefamilie hat dafür zu sorgen, daß die Richtlinien und der Inhalt der Vereinbarung über die Durchführung der Familienpflege von den Familienmitgliedern und sonstigen im Haushalt oder Betrieb beschäftigten Personen beachtet werden.

14. Aushändigung der Richtlinien

14.1 Der Pflegefamilie wird bei Inpflegenahme des Pfleglings eine Ausfertigung dieser Richtlinien gegen Empfangsbestätigung ausgehändigt. Die Empfangsbestätigung ist zur Personalakte des Pfleglings zu nehmen.

15. Inkrafttreten

15.1 Die Richtlinien treten mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Zugleich treten die bisherigen Richtlinien zur Durchführung der Familienpflege vom 2.1.1960 außer Kraft.

Köln, den 26.9.1974

In Vertretung

(Prof.Dr.C.Kulenkampff)

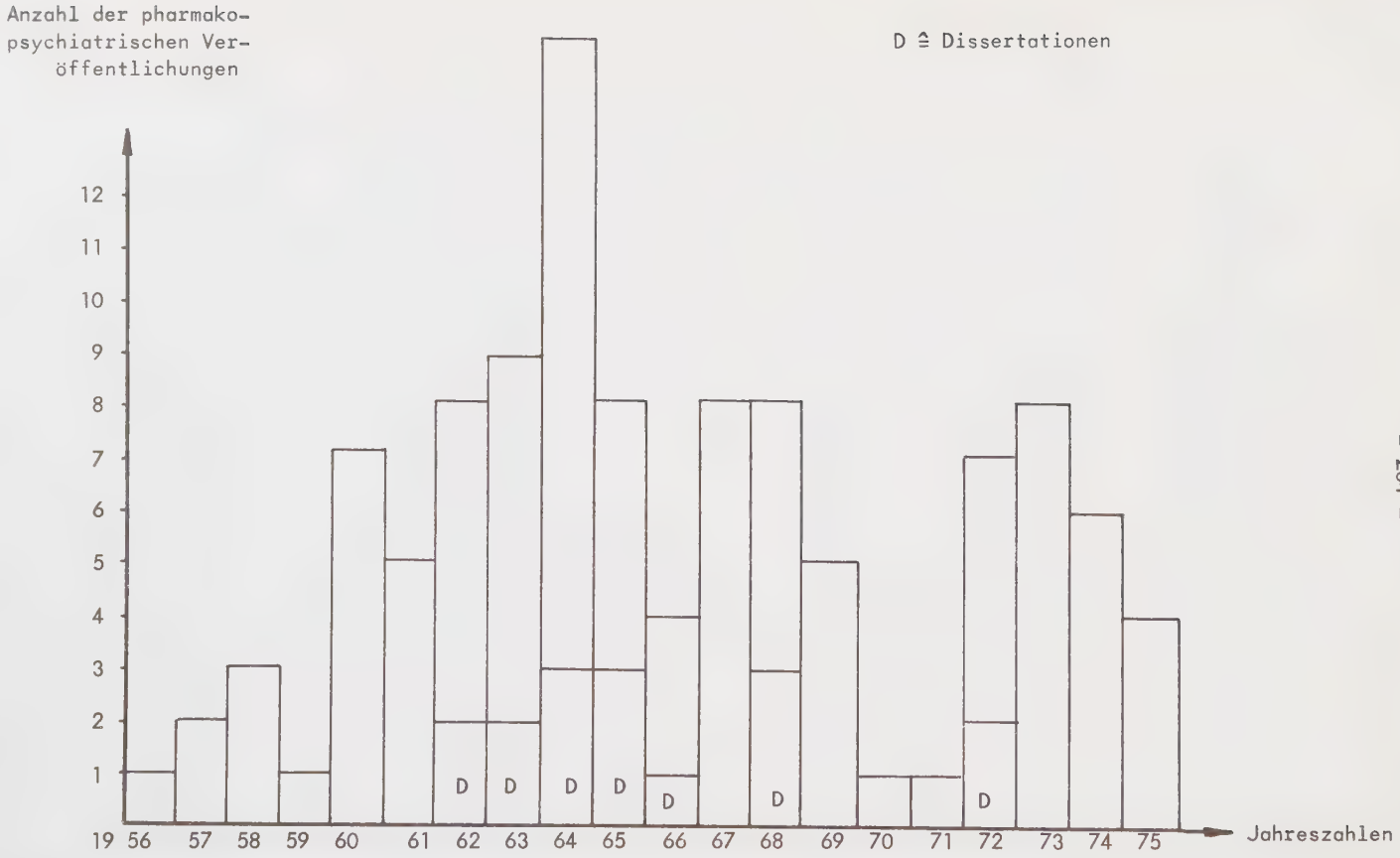


Abb. 1: Pharmakopsychiatrische Veröffentlichungen in Düsseldorf von 1956 bis 1975

Hausordnung und Therapieplan von Haus 8 (12)

1. Haus 8 widmet sich außer den diagnostischen und therapeutischen Aufgaben des Gesamtkrankenhauses besonders der Gruppen- und Milieutherapie. Mit ihr werden die Pflege der Zwischenmenschlichen Beziehungen und die Gestaltung der alltäglichen Abteilungsarbeit durch die Patienten und ihre Helfer therapeutisch nutzbar gemacht. Im Mittelpunkt stehen die Sitzungen der Therapeutischen Gemeinschaft. In ihr finden sich die Patienten und das Personal zusammen! Man kann sich aussprechen. Stationsversammlungen bieten Möglichkeiten, die Helfer zu beraten, an Entscheidungen mitzuwirken oder auch Entscheidungen selbst zu treffen. Das Ausmaß der Entscheidungsgewalt richtet sich danach, ob die Patienten die erforderlichen Informationen besitzen oder ob der Entscheidungsgegenstand überantwortbar ist. Das Programm der verschiedenen Gruppenaktivitäten soll möglichst vielen individuellen Interessen gerecht werden.

   Tätigkeit im Gruppenverband ist Therapeutisches Prinzip!

   Die therapeutische Gruppe zählt 5 bis 8 Gruppenmitglieder. Zweiergruppen laufen dem Therapieprinzip zuwider; sie können antitherapeutisch wirken.

2. Der Aufenthalt in Haus 8 beträgt mindestens 6 - 8 Wochen. Sollte sich nach 3 - Monaten keine Besserungstendenz zeigen, kann durch Entscheid des Arztes und der Gruppe eine Verlegung oder Entlassung auf Wunsch des einzelnen Patienten erfolgen.

3. Tagesablauf

6.30 Uhr	Wecken
7.30 Uhr	Arzneiausgabe
7.30 Uhr bis 8.00 Uhr	Frühstückszeit
8.00 Uhr bis 8.30 Uhr	Reinigen
8.30 Uhr bis 9.15 Uhr	Therapeutische Gemeinschaft bzw. Stationsversammlung
Bis zum Mittagessen	Verlauf nach Plan, Aktivitäten und Freizeit
11 Uhr bis 13.30 Uhr	Mittagessen, Ausgabe der Mittagsarznei und Ruhezeit
13.30 Uhr bis 17 Uhr	Aktivitäten
17.00 Uhr bis 18.00 Uhr	Abendessen und Ausgabe der Abendarznei
20.45 Uhr	Ausgabe der Nachtarznei
21.00 Uhr	Schließen der Außentüren
22.00 Uhr	Schließen der Verbindungstür
22.00 Uhr	Bettruhe

Die Essenszeiten müssen pünktlich eingehalten werden.

Während der Mittagsruhe muß äußerste Ruhe gewahrt werden, d.h., daß das Radiogerät, der Plattenspieler etc. nicht in Tätigkeit gesetzt werden sollen.

4. Allgemeine Informationen

1. Sonderurlaub ist von der Gruppe zu genehmigen.
2. Die Schlafräume der Frauen (bzw. Männer) und die angrenzenden Flure dürfen nicht von den Männern (bzw. Frauen) betreten werden. Als Grenze gilt das Stationszimmer.
3. Von den Patienten wird für je 4 Wochen ein sogenanntes Komitee gewählt, welches die Interessen der Patienten vertritt.

4. Beim ersten Wochenendurlaub fragt der Patient vorher den Arzt. Bei darauffolgenden Wochenendurlauben teilt er seine Absicht rechtzeitig der Schwester bzw. dem Pfleger mit und meldet sich auch bei ihnen ab.
5. Wegen der Arzneitherapie und der dadurch entstehenden Einwirkungen auf den Patienten ist das Rauchen im Bett strengstens untersagt.
6. Patienten anderer Stationen haben das Haus 8 (nicht aber bei besonderen Anlässen) um 20.00 Uhr zu verlassen.
7. Wochenendurlauber müssen bis 20.00 Uhr wieder im Hause sein.
8. Bei ernsten individuellen Verhaltensstörungen (z.B. Trunkenheit, Zuspätkommen und grobe Verstöße gegen die Hausordnung), welche die allgemeine Ordnung und den therapeutischen Erfolg gefährden, wird eine Therapeutische Sondersitzung einberufen. Die Gruppenmitglieder entscheiden zusammen mit dem Arzt und Pflegepersonal, welche Maßnahmen unternommen werden sollen (evtl. Verlegung auf eine andere Abteilung des Landeskrankenhauses.

9.a Wer sich nicht oder nicht genügend an den Aktivitäten beteiligt, zeigt, daß er nicht gewillt ist, an seiner Gesundheit mitzuwirken und somit nicht für das Haus 8 geeignet ist.

b Zur besseren Organisation und Überprüfung werden die Patienten zu besonderen Aktivitäten angeleitet, die von einem Gruppenleiter unter Kontrolle gehalten werden.

10. Die Ärzte sind für jeden Patienten immer zu sprechen. Es sollten aber folgende Zeiten eingehalten werden:
Sprechstunde vormittags: 11.00 Uhr bis 12.00 Uhr
Sprechstunde nachmittags: 16.30 Uhr bis 17.30 Uhr
(und im Bedarfsfalle)

11. Für die Angehörigen der Patienten ist der Arzt donnerstags von 15.30 Uhr bis 16.30 Uhr und montags nach Vereinbarung zu sprechen.
12. Das Einnehmen von alkoholischen Getränken ist inner- und außerhalb des Hauses M / F 8 nicht erlaubt.
    Tages- und Wochenendurlauber dürfen nur nach Information des Arztes oder des Pflegepersonals Alkohol zu sich nehmen. Wegen der Unverträglichkeit mit Alkohol werden für diese Tage die Medikamente nicht ausgegeben.
    Im übrigen wird auf Absatz 8 der Hausordnung verwiesen.

Wochenspiegel

Stand vom 08. XI. 1963

Montag

08.30 - 09.30	Therapeutische Gemeinschaft
10.00 - 11.00	Interessengemeinschaft
13.30 - 16.00	Beschäftigungstherapie
16.00 - 17.00	Schachgruppe
18.30 - 19.30	Zeitungsgruppe

Dienstag

08.00 - 08.30	Stationsversammlung
08.30 - 10.00	1. kleine Gruppe
10.15 - 11.15	Lesegruppe
13.30 - 16.00	Beschäftigungstherapie
16.00 - 17.00	"Entlassung ...., was dann?"
17.30 - 18.30	Tischtennis

Mittwoch

08.30 - 09.30	Therapeutische Gemeinschaft
10.00 - 11.00	Musiktherapie
13.30 - 16.00	Beschäftigungstherapie
14.00 - 15.00	Französisch
15.00 - 17.00	Theatergruppe
17.30 - 19.00	Diskussion

Donnerstag

08.30 - 09.15	2. kleine Gruppe
09.30 - 11.30	Schwimmen
13.00 - 14.15	Stationsversammlung
14.30 - 16.00	Beschäftigungstherapie
18.30 - 19.30	Zeitungsgruppe

Freitag

08.30 - 09.30	Therapeutische Gemeinschaft
09.30 - 10.15	Französisch
10.30 - 11.30	Gymnastik
14.30 - 16.00	Chor
14.30 - 16.30	Schwimmen
17.30 - 18.30	Englisch

Auszüge aus der Hausordnung der Station 19 c
(1973)

Wegen der antitherapeutischen Auswirkungen soll Pärchen- und Cliquenbildung in der Gruppe unterbleiben.

Während der Therapie ist jeglicher Alkohol-,Rauschmittel- und Drogengenuß untersagt. Medikamente werden grundsätzlich nur vom Team verabreicht. Es ist dem Patienten nicht erlaubt, sich Medikamente zu verschaffen. Bei Verstoß gegen diese Punkte der Hausordnung entscheidet die Gruppe gemeinsam mit dem Team über den weiteren Verbleib des betreffenden Patienten.

Die Essenszeiten sollen grundsätzlich eingehalten werden. Ausnahmen sollen dem Küchendienst mitgeteilt werden. Außerhalb der festgesetzten Zeiten ist die Küchenbenutzung gestattet, wenn das benutzte Geschirr von jeweiligen Benutzern - nach dem Abwasch - an seinen Platz zurückgestellt wird.

Wochenendurlaub wird grundsätzlich gewährt. In Ausnahmefällen entscheiden Gruppe und Arzt in der Stationsversammlung.

Die Tätigkeit im Gruppenverband ist therapeutisches Prinzip. Eine therapeutische Gruppe zählt mindestens fünf Gruppenmitglieder. Im eigenen Interesse sollte jeder Patient nicht weniger als 16 Aktivitätsstunden pro Woche nachweisen können.

Im Interesse des Patienten sollte die Dauer des stationären Aufenthaltes möglichst kurz gehalten werden. Der Aufenthalt beträgt mindestens sechs bis acht Wochen. Sollte sich nach drei bis vier Monaten keine Besserungstendenz zeigen, kann

durch Entscheid des Arztes und der Gruppe eine Verlegung oder Entlassung des einzelnen Patienten erfolgen. Neben der Therapie sollen die Bemühungen um eine Rehabilitierung gleichlaufen (Wohnungs- und Arbeitsplatzbeschaffung; ambulante Behandlung).

Die pflegerische Besetzung ist aus einem [illegible] Notstand heraus von 1968 bis Oktober 1973 [illegible] geschrumpft. 4 Schwestern arbeiten jetzt im [illegible]dienst ein Arzt, stundenweise eine Psychologin, eine Sozialarbeiterin und eine Beschäftigungstherapeutin. Einzeltherapie und ärztliche Visite finden nicht statt. [illegible] der Woche trifft sich die Großgruppe mit [illegible]

Industriebezogene Arbeitstherapie

Zur Zeit werden folgende Arbeiten von Patienten ausgeführt:

Arbeitsgruppe	A	Meis/Lersen	Haus 10	20 Patienten	Montage v. Lichtbogenkammern, Fa. Kiepe Packen von Hafties +)
Arbeitsgruppe	B	Pörling	Haus 2	12 Patienten	Packen von Hafties +) Packen von Prittstiften
Arbeitsgruppe	D	Cramer	Haus 5 b	35 Patienten	Packen von Hafties +)
Arbeitsgruppe	F	Trüba	Haus 4	15 Patienten	Packen von Hafties +)
					+) Großauftrag der Fa. Henkel
Arbeitsgruppe	C	Trabant	Haus 5	24 Patienten	Montage von Dübeln und Nägeln Fa. Tornado, Lintorf
Arbeitsgruppe	E	Krüger	Haus 19	12 Patienten	Schneiden von Dichtungen Fa. Weber, Haan
Arbeitsgruppe	G	Küppers	Haus 23	12 Patienten	Montage von Batterieverschlüssen Fa. Weber, Haan
				130 Patienten	

Die Arbeiten für die Firmen Heckmann, Schürholz und Prinz (Gummiringe, Butterbrotpapier und Wäscheleinen) werden zur Zeit in kleinem Umfang ausgeführt.

Der Wochenplan von Haus 22

Montag

08.00 Uhr - 11.00 Uhr	Arbeitstherapie
10.00 Uhr - 10.45 Uhr	Psychoanalytische Gruppe
13.00 Uhr - 17.00 Uhr	Arbeitstherapie
15.30 Uhr - 16.30 Uhr	Informationsgruppe
18.00 Uhr - 19.00 Uhr	Psychologische Gruppe

Dienstag

09.00 Uhr - 09.45 Uhr	Therapeutische Gemeinschaft
10.00 Uhr - 10.45 Uhr	Stationsversammlung
13.00 Uhr - 16.00 Uhr	Arbeitstherapie
16.30 Uhr - 17.30 Uhr	Stationsversammlung
19.00 Uhr - 20.00 Uhr	Kreuzbund

Mittwoch

08.00 Uhr - 11.00 Uhr	Arbeitstherapie
11.15 Uhr - 13.00 Uhr	Team-Sitzung
13.00 Uhr - 17.00 Uhr	Kulturnachmittag
20.00 Uhr - 21.00 Uhr	Meeting der AA

Donnerstag

08.00 Uhr - 11.00 Uhr	Arbeitstherapie
11.00 Uhr - 13.00 Uhr	Team-Sitzung
13.00 Uhr - 15.00 Uhr	Arbeitstherapie
15.30 Uhr - 16.15 Uhr	Therapeutische Gemeinschaft
18.00 Uhr - 19.00 Uhr	Psychologische Gruppe
19.00 Uhr - 20.00 Uhr	Entlassungstherapie

Freitag

08.00 Uhr - 11.00 Uhr	Arbeitstherapie
10.00 Uhr - 10.45 Uhr	Psychoanalytische Gruppe
11.30 Uhr - 12.30 Uhr	Visite und Stationsversammlung
13.00 Uhr - 15.00 Uhr	Beschäftigungstherapie
15.30 Uhr - 16.00 Uhr	Informationsgruppe

T h e r a p i e p l a n

Montag	7,3o - 8,3o Uhr	Stationsreinigung, Innendienst
	8,45 - 9 ,oo Uhr	Stationsversammlung, Visite
	9,15 - 1o,oo Uhr	Informationsgruppe (3Gruppen)
	1o,oo - 11,oo Uhr	Sprechstunde (Arzt, Soz.Arb., Pfleger)
	13,oo - 16,3o Uhr	Arbeitstherapie
	19,oo - 2o,oo Uhr	Entlassenen-Gruppe
Dienstag	7,3o - 8,3o Uhr	Stationsreinigung, Innendienst
	8,45 - 9,oo Uhr	Stationsversammlung, Visite
	9,15 - 1o,oo Uhr	Informationsgruppe (3 Gruppen)
	1o,oo - 11,oo Uhr	Sprechstunde (Arzt, Soz.Arb., Pfleger)
	13,oo - 16,3o Uhr	Arbeitstherapie
	19,oo - 2o,oo Uhr	Angehörigengruppe
Mittwoch	7,3o - 8,3o Uhr	Stationsreinigung, Innendienst
	8,45 - 9,oo Uhr	Stationsversammlung, Visite
	9,15 - 1o,oo Uhr	Informationsgruppe (3 Gruppen)
	1o,oo - 11,oo Uhr	Sprechstunde (Arzt, Soz.Arb, Pfleger)
	13,oo - 16,3o Uhr	Arbeitstherapie
	19,oo - 2o,oo Uhr	AA - Meeting
Donnerstag	7,3o - 8,3o Uhr	Stationsreinigung, Innendienst
	8,45 - 9,oo Uhr	Stationsversammlung, Visite
	9,15 - 1o,oo Uhr	Informationsgruppe (3 Gruppen)
	1o,oo - 11,oo Uhr	Sprechstunde (Arzt, Soz.Arb, Pfleger)
	13,oo - 16,3o Uhr	Arbeitstherapie
	19,oo - 2o,oo Uhr	Kreuzbundtreffen
Freitag	7,3o - 8,3o Uhr	Stationsreinigung, Innendienst
	8,45 - 9,oo Uhr	Stationsversammlung, Visite
	9,15 - 1o,oo Uhr	Informationsgruppe (3 Gruppen)
	1o,oo - 11,oo Uhr	Sprechstunde (Arzt, Soz.Arb., Pfleger)
	13,oo - 16,3o Uhr	Arbeitstherapie
	19,oo - 2o,oo Uhr	Reha-Gruppe

§ 9

Auslagenvergütung

Alle Vereinsämter werden ehrenamtlich und unentgeltlich geführt. Fahrtkosten sowie Tagesspesen und Übernachtungskosten können erstattet werden, sofern der Vorstand die Reise beschlossen hat.

§ 10

Kassenführung und -prüfung

(1) Der Schatzmeister führt die Kassengeschäfte.
(2) Die Kasse wird einmal jährlich durch die Rechnungsprüfer geprüft.

§ 11

Auflösung des Vereins

Bei Auflösung oder Aufhebung der Hilfsgemeinschaft oder bei Wegfall ihres bisherigen Zwecks fällt das vorhandene Vermögen der Hilfsgemeinschaft an ihre örtlichen Vereinigungen. Örtliche Vereinigungen, die sich auflösen, übertragen ihr Vermögen dem Landschaftsverband Rheinland oder dessen Rechtsnachfolger mit der Auflage, es im Sinne der Hilfsgemeinschaft zu verwenden.

Düsseldorf, den 23. 1. 1974

gez. Prof. Dr. Kurt Heinrich gez. Dr. Gerhard Scheurle gez. Georg Haderlein

SATZUNG

der

„Psychiatrischen Hilfsgemeinschaft Rheinland e. V."

§ 1

Name, Sitz und Geschäftsjahr

(1) Die „Sozialpsychiatrische Hilfsgemeinschaft e. V." führt nunmehr den Namen „Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Rheinland e. V."
(2) Der Verein hat seinen Sitz in Düsseldorf; er soll in das Vereinsregister beim Amtsgericht Düsseldorf eingetragen werden.
(3) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 2

Zweck

(1) Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der Gemeinnützigkeitsverordnung vom 24. Dezember 1953.
(2) Zweck der Hilfsgemeinschaft ist die ideelle und materielle Unterstützung von psychisch Kranken, Behinderten und Genesenen, insbesondere durch
   a) Hilfen für diesen Personenkreis;
   b) Hilfen für Familien und Personen, die durch die Krankheit eines Angehörigen in Not geraten sind (die Hilfsgemeinschaft beschränkt sich dabei auf diejenigen Hilfen und Dienste, die von der öffentlichen Hand nicht in ausreichender Weise geleistet werden können);
   c) Aufklärung der Bevölkerung über das Wesen seelischer und geistiger Störungen.
(3) Durch einstimmigen Vorstandsbeschluß kann die Hilfsgemeinschaft weitere ähnliche Aufgaben übernehmen, wenn die Erfüllung des Vereinszwecks es erfordert.
(4) Der Verein kann unmittelbar Hilfe leisten; er soll als Dachorganisation außerdem die Ziele und Aufgaben örtlicher Vereinigungen mit gleicher Interessenlage koordinieren und unterstützen.
(5) Der Verein ist konfessionell und parteipolitisch neutral.

§ 3

Mitgliedschaft

(1) Unmittelbares Mitglied der Hilfsgemeinschaft kann jede natürliche und juristische Person werden. Mittelbare Mitglieder der Hilfsgemeinschaft sind die Mitglieder der juristischen Personen.
(2) Über die Aufnahme juristischer Personen entscheidet der Vorstand. Über die Aufnahme natürlicher Personen entscheidet der Vorsitzende des Vorstandes oder sein Stellvertreter. Gegen deren Entscheidung ist die Anrufung des Vorstandes zulässig; dessen Entscheidung ist endgültig.

(3) Die Mitgliedschaft erlischt durch den Tod des Mitglieds, Austritt oder Ausschluß.

(4) Der Austritt ist nur zum Schluß des Geschäftsjahres möglich; er muß schriftlich bis zum Ende des Jahres gegenüber dem Vorstand erklärt werden.

(5) Ein Mitglied kann nur aus wichtigem Grund nach vorheriger Anhörung durch Beschluß des Vorstandes aus dem Verein ausgeschlossen werden. Beschlüsse über den Ausschluß von Mitgliedern bedürfen der Zustimmung von mindestens vier Vorstandsmitgliedern. Gegen den Ausschluß ist der ordentliche Rechtsweg gegeben.

(6) Mit der Beendigung der Mitgliedschaft erlöschen alle Rechte am Vereinsvermögen.

(7) Auf Vorschlag des Vorstandes kann die Mitgliederversammlung die Ernennung von Ehrenmitgliedern beschließen. Sie müssen sich in besonderer Weise um die Zwecke des Vereins verdient gemacht haben.

§ 4

Örtliche Vereinigungen

Die Hilfsgemeinschaft kann örtliche Vereinigungen bilden. Bestehende örtliche Vereinigungen mit gleichartiger Zielsetzung können sich der Hilfsgemeinschaft anschließen. Mitglieder örtlicher Vereinigungen leisten den Regelbeitrag. Örtliche Vereinigungen als juristische Personen führen an die Hilfsgemeinschaft einen Mitgliedsbeitrag ab, dessen Höhe die Mitgliederversammlung bestimmt.

§ 5

Beitrag

(1) Der Regelbeitrag wird durch Beschluß der Mitgliederversammlung auf Vorschlag des Vorstandes festgesetzt; er kann bis zum 1. April eines jeden Jahres auch als Jahresbeitrag entrichtet werden. In der Beitrittserklärung ist der verbindlich erklärte Beitragssatz anzugeben. Der Regelbeitrag kann durch Beschluß der Mitgliederversammlung auf Antrag des Vorstandes abgeändert werden.

(2) Förderbeiträge und Spenden sind erwünscht.

(3) Der Vorstand ist ermächtigt, im Einzelfall Beiträge zu ermäßigen, zu stunden oder zu erlassen.

§ 6

Organe

Organe des Vereins sind:

a) die Mitgliederversammlung

b) der Vorstand

§ 7

Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ des Vereins. Sie beschließt über

a) die Wahl des Vorstandes,

b) die Entgegennahme des jährlichen Geschäftsberichtes,

c) die Bestellung von zwei Rechnungsprüfern,

d) die Entlastung des Vorstandes,

e) die Änderung der Satzungen,

f) den Anschluß an andere Organisationen,

g) die Ernennung von Ehrenmitgliedern,

h) die Festsetzung des Regelbeitrages,

i) die Auflösung des Vereins,

j) sonstige Angelegenheiten, die vom Vorstand der Mitgliederversammlung zur Beschlußfassung vorgelegt werden oder deren Erörterung von mindestens einem Viertel der anwesenden Mitglieder unmittelbar in der Mitgliederversammlung beantragt wird.

(2) Die Mitgliederversammlung wird vom Vorsitzenden des Vorstandes nach Bedarf — mindestens einmal jährlich — einberufen. Die Jahreshauptversammlung findet innerhalb des ersten halben Jahres des Geschäftsjahres statt. Die unmittelbaren Mitglieder sind unter Angabe der Tagesordnung mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich durch die Hilfsgemeinschaft, die mittelbaren Mitglieder über die örtliche Vereinigung einzuladen. Anträge und Anfragen an den Vorstand sind eine Woche vorher schriftlich einzureichen.

(3) Eine außerordentliche Mitgliederversammlung ist vom Vorsitzenden binnen 6 Wochen einzuberufen, wenn mindestens 100 Mitglieder diese unter Angabe von Tagesordnungspunkten beantragen. § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 finden entsprechende Anwendung.

(4) Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Vorsitzende der Hilfsgemeinschaft oder einer seiner Stellvertreter. In der Mitgliederversammlung hat jedes unmittelbare Mitglied eine Stimme, dieses Stimmrecht kann auf ein anderes Mitglied schriftlich übertragen werden.
Jede ordnungsgemäß einberufene Mitgliederversammlung ist beschlußfähig; sie faßt ihre Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit; Beschlüsse über Satzungsänderungen und Auflösung des Vereins bedürfen der $^2/_3$ Mehrheit.

(5) Über die Wahlergebnisse und die Beschlüsse der Mitgliederversammlung sind Niederschriften zu fertigen, die Versammlungsleiter und Protokollführer unterzeichnen.

§ 8

Der Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden der Hilfsgemeinschaft, zwei stellvertretenden Vorsitzenden, Schatzmeister, Schriftführer und je einem Vertreter der örtlichen Vereinigungen.

(2) Der Vorstand wird für drei Jahre gewählt und bleibt bis zur Neuwahl im Amt. Wiederwahl ist zulässig.

(3) Vorstand im Sinne des § 26 Abs. 2 BGB sind der Vorsitzende und seine beiden Stellvertreter; sie vertreten den Verein gerichtlich und außergerichtlich, und zwar jeweils zwei von ihnen gemeinsam.

(4) Der Vorstand führt die Geschäfte; er kann einzelne Mitglieder des Vereins beauftragen, besondere Aufgaben wahrzunehmen.

(5) Der Vorstand faßt seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Der Vorstand ist beschlußfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist.

Rheinisches Landeskrankenhaus
Düsseldorf
– Krankenhausfürsorge –
- Außendienststelle

8. 1. 76
- Datum -

- Aktenzeichen

1	9	7	5

Berichtsjahr

S T A T I S T I S C H E R   B O G E N
Anlage zum Jahresbericht über die Außenfürsorgetätigkeit

01 PERSONELLE BESETZUNG
2 IMD
1 Fachärztin
1 Stat. Pfleger

02 BETREUUNGSFÄLLE bei	m	w	i
Geisteskrankheiten	337	[illegible]	[illegible]
Schwachsinn	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Anfallsleiden	27	[illegible]	[illegible]
Suchterkrankungen	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Sonst. psych. Erkrankungen	[illegible]	[illegible]	[illegible]
INSGESAMT	[illegible]	[illegible]	[illegible]

03 ENTLASSUNGEN bei	m	w	i
Geisteskrankheiten	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Schwachsinn	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Anfallsleiden	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Suchterkrankungen	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Sonst. psych. Erkrankungen	[illegible]	[illegible]	[illegible]
INSGESAMT	[illegible]	[illegible]	[illegible]
darunter: Minderjährige	[illegible]	[illegible]	[illegible]

04 ZUGÄNGE INSGESAMT	m	w	i
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
darunter: Zuweisungen von LKH/LKl	[illegible]	[illegible]	[illegible]
von Gesundheitsämtern	[illegible]	[illegible]	[illegible]

RECHTSGRUNDLAGEN der vorausgegangenen LKH-Unterbringung	m	w	i
Freiwillig, auch Minderjähr. kraft elterl. Gewalt	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Bestimmung d. Vormund od. Aufenthaltspfleger	[illegible]	[illegible]	[illegible]
LUG/PsychKG	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Andere gerichtliche Unterbringungen	[illegible]	[illegible]	[illegible]

05 UNTERSUCHUNGEN im Rahmen der	m	w	i
Vorbeugenden Fürsorge	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Nachgehenden Fürsorge	[illegible]	[illegible]	[illegible]
darunter: Einweisung verhindert	[illegible]	[illegible]	[illegible]

(Fortsetzung Seite 2)

- - - - -
m = männlich
w = weiblich
i = insgesamt (männlich + weiblich)

06 NORDRHEIN (Kreis)	m	w	i
St. Düsseldorf	387	422	809
Duisburg	---	---	---
Essen	---	---	---
Krefeld	---	---	---
Leverkusen	---	---	---
M.gladbach	---	---	---
Mülheim /Ruhr/	221	276	497
Neuß	301	253	554
Oberhausen	---	---	---
Remscheid	---	---	---
Rheydt	---	---	---
Solingen	---	---	---
Viersen	---	---	---
Wuppertal	---	---	---
LKr. Dinslaken	--	---	---
D'dorf-Mettmann	---	---	---
Geldern	---	---	---
Grevenbroich	---	---	---
Kempen-Krefeld	---	---	---
Kleve	---	---	---
Moers	---	---	---
Rees	---	---	---
Rhein-Wupper-Kr.	---	---	---
Summe Reg. Bezirk Düsseldorf	909	951	1860

	m	w	i
St. Köln	---	---	---
Bonn	---	---	---
LKr. Bergheim	---	---	---
Bonn	---	---	---
Euskirchen	---	---	---
Köln	---	---	---
Obgberg. Kreis	---	---	---
Rhein.-Berg-Kr.	---	---	---
Siegkreis	---	---	---
Summe Reg. Bezirk Köln	---	---	---
St. Aachen	---	---	---
LKr. Aachen	---	---	---
Düren	---	---	---
Erkelenz	---	---	---
Jülich	---	---	---
Monschau	---	---	---
Schleiden	---	---	---
Selfkant (*)	---	---	---
Summe Reg. Bezirk Aachen	---	---	---
Übr. Bundesgebiet u. West-Berlin	---	---	---
SBZ/Ost-Berlin	---	---	---
Ausland	---	---	---
Unbekannt	---	---	---

07 HEIMPFLEGLINGE	m	w	i
Bestand 01.01.d.J.	---	---	---
Zugänge	---	---	---
Abgänge	---	---	---
Bestand 31.12.d.J.	---	---	---

08 FAMILIENPFLEGLINGE	m	w	i
Bestand 01.01.d.J.	---	---	---
Zugänge	---	---	---
	---	---	---
Bestand 31.12.d.J.	---	---	---

(*) m = männlich
w = weiblich
i = insgesamt

St = kreisfreie Stadt
LKr = Landkreis

Selfkant = Selfkantkreis Geilenkirchen
Heinsberg

(Fortsetzung Seite 3)

Seite 3

09 BERATUNGEN	von	
	Gesundheitsämtern	836
	niedergelassenen Ärzten	161
	Angehörigen	215
	Vormündern, Pflegern	71
	Verwaltungen	151
	Verbänden	34
	INSGESAMT	
10 BERATUNGEN ZWECKS UNTERBRINGUNG IN HEIMEN oder LKH/LKI	INSGESAMT	91
darunter	Unterbringung verhindert	65
11 UNTERSUCHUNGEN	bei	
	Arbeitsunfähigkeit	25
	Berufs- und Erwerbsunfähigkeit	11
	zwecks Ausstellung fachärztlicher Bescheinigungen (Gerichte, Verwaltungen, Verbände)	115
12 UNTERSUCHUNGEN UND BERATUNGEN bei		
	Kindern u. Jugendlichen im Notaufnahmeverfahren	25
	aus anderen Gründen	8
13 DARSTELLUNG VON FRAGEBÖGEN:		
B	zur stationären Aufnahme von Erwachsenen	41
C	zur stationären Aufnahme von Kindern u. Jugendlichen	20
B oder C	zwecks Kostenübernahme durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe	27
14 GEFAHRENE KILOMETER		ca 15 000 km

- - - - -

1 = männlich 2 = weiblich

§ 10 Satzungsänderungen

Für eine Satzungsänderung ist eine Zweidrittelmehrheit der erschienenen Mitglieder erforderlich. Die Änderung kann nur von der Mitgliederversammlung und von ihr nur dann beschlossen werden, wenn auf der Einladung der Abänderungsantrag mitgeteilt worden war.

§ 11 Mittel des Vereins

Die Mittel zur Erfüllung seiner Aufgaben erhält der Verein durch Beiträge, Geldspenden und andere Zuwendungen. Die Höhe der Beiträge wird durch die Mitgliederversammlung festgelegt.

Die Mittel dürfen nur zur Erreichung des Vereinszwecks verwendet werden. Kein Mitglied darf bei Ausübung von Verwaltungsangaben oder durch unverhältnismäßig hohe Aufwandsentschädigungen begünstigt werden.

§ 12 Vereinsauflösung

Die Auflösung erfolgt durch Beschluß der Mitgliederversammlung, wobei drei Viertel der abgegebenen Stimmen erforderlich sind. Zugleich bestimmt die Versammlung zwei Liquidatoren. Das Restvermögen fällt dem Hilfsverein für Kranke der Rheinischen Landeskrankenhäuser e. V. zu.

Satzung

des Vereins

ELAN -

Gesellschaft für Psychohygiene e. V., Düsseldorf

§ 1 Name, Sitz, Geschäftsjahr

Der Verein führt den Namen "E L A N Gesellschaft für Psychohygiene e. V.„ und hat seinen Sitz in Düsseldorf. Der Verein soll in das Vereinsregister eingetragen werden. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 2 Zweck des Vereins

Der Verein hat die Aufgabe, durch Schaffung und Unterhaltung entsprechender Einrichtungen die Psychohygiene aufzubauen, zu fördern, fortzuentwickeln und damit auch der wissenschaftlichen Forschung zu dienen. Dies geschieht insbesondere auf den Gebieten der

Psychiatrischen Prävention
(Vorbeugung seelischer Störungen)

Psychiatrischen Intervention
(Möglichkeiten, Notwendigkeiten und Grenzen des Psychiatrischen Eingriffs beim Auftreten seelischer Störungen)
und der

Psychiatrischen Rehabilitation
(Wiedereingliederung seelisch Gestörter in die Gemeinschaft).

§ 3 Gemeinnützigkeit

Der Verein verfolgt in Durchsetzung der in § 2 enthaltenen Aufgaben und Ziele ausschließlich gemeinnützige Zwecke im Sinne der Gemeinnützigkeitsverordnung vom 24. 12. 1953. Etwaige Überschüsse werden ausschließlich für die satzungsgemäßen Zwecke verwandt. Die Mitglieder sind an etwaigen Gewinnen nicht beteiligt und erhalten in ihrer Eigenschaft als Mitglieder keine Zuwendungen aus Mitteln des Vereins.

Der Verein strebt darüber hinaus seine Anerkennung als besonders förderungswürdige Körperschaft an.

§ 4 Mitgliedschaft

Der Verein besteht aus ordentlichen Mitgliedern, fördernden Mitgliedern und Ehrenmitgliedern.

Ordentliche Mitglieder können natürliche und juristische Personen sowie andere Personengemeinschaften sein, die bereit sind, an den Aufgaben des Vereins mitzuwirken. Als fördernde Mitglieder können natürliche und juristische Personen aufgenommen werden, die, ohne aktives Mitglied zu sein, die Tätigkeit des Vereins vor allem durch Zuwendungen zu fördern bereit sind. Zu Ehrenmitgliedern können natürliche Personen ernannt werden, die sich um die Zwecke des Vereins in besonderer Weise verdient gemacht haben.

§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Die Aufnahme als ordentliches oder fördendes Mitglied ist schriftlich zu beantragen. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand. Gegen die Ablehnung der Aufnahme ist die Berufung an die Mitgliederversammlung zulässig. Für die Ernennung zum Ehrenmitglied ist allein die Mitgliederversammlung zuständig.

Die Mitgliedschaft endet:

a) durch Austritt, der durch eingeschriebenen Brief zum Schluß des Geschäftsjahres mit einer Frist von 2 Monaten erklärt werden muß,
b) durch Tod,
c) durch Ausschließungsbeschluß des Vorstandes wegen eines den Zweck oder das Ansehen des Vereins gefährdenden oder abträglichen Verhaltens. Gegen den Ausschließungsbeschluß steht dem Mitglied die Berufung an die Mitgliederversammlung zu.

§ 6 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind:
a) der Vorstand
b) der Beirat
c) die Mitgliederversammlung

§ 7 Der Vorstand

Der Vorstand besteht aus dem
Ersten Vorsitzenden,
Zweiten Vorsitzenden,
der den Ersten Vorsitzenden im Falle dessen Verhinderung vertritt,
Dritten Vorsitzenden,
Schriftführer,
Kassenwart,
drei von der Mitgliederversammlung hinzuzuwählenden Beisitzern.
Der erste Vorsitzende vertritt zusammen mit einem der beiden anderen Vorsitzenden den Verein gerichtlich und außergerichtlich gemäß § 26 BGB.

Der Kassenwart verwaltet die Vereinskasse und führt Buch über alle Einnahmen und Ausgaben.

Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte. Ihm obliegt die Verwaltung und Verwendung des Vereinsvermögens sowie die Ausführung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung. Er sichert die Kontinuität der Aufgaben des Vereins.

Der Vorstand ist beschlußfähig bei Anwesenheit von mindestens 4 Vorstandsmitgliedern. Die Beschlußfassung erfolgt mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Ersten Vorsitzenden.

Der Vorstand wird auf die Dauer von 3 Jahren gewählt. Er bleibt über diese Zeit hinaus bis zur Neuwahl im Amt. Die Wiederwahl ist zulässig.

§ 8 Der Beirat

Der Beirat berät den Vorstand und die Mitgliederversammlung in ihren Aufgaben.

§ 9 Die Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ des Vereins. Ihr obliegt
1.) Die Wahl des Vorstandes und von zwei Kassenprüfern,
2.) Die Wahl der Mitglieder des Beirates,
3.) Die Entgegennahme der Jahres- und Kassenberichte sowie des Berichts der Kassenprüfer und die Erteilung der Entlastung des Vorstandes,
4.) Die Ernennung von Ehrenmitgliedern,
5.) Die Beschlußfassung über die Arbeit des Vereins, über die Satzungsänderungen und über die Auflösung des Vereins.

Mindestens einmal im Jahr findet eine ordentliche Mitgliederversammlung, möglichst im ersten Vierteljahr, statt. Die Mitglieder sind hiervon schriftlich unter Angabe der Tagesordnung mit einer Frist von mindestens 14 Tagen zu laden. Der Vorstand kann jederzeit eine außerordentliche Mitgliederversammlung einberufen, wozu er verpflichtet ist, wenn ein Viertel der Mitglieder unter Angabe der Gründe die Einberufung fordert. Der Vorstand hat die Einladung schriftlich unter Angabe der Tagesordnung mindestens eine Woche vorher vorzunehmen.
Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Erste Vorsitzende oder sein Stellvertreter. Jede satzungsgemäß einberufene Mitgliederversammlung ist beschlußfähig, wobei die Mehrheit der abgegebene Stimmen genügt, sofern nicht Satzung oder Gesetz eine andere Mehrheit vorschreiben. Eine Vertretung bei der Stimmabgabe ist unzulässig. Über den Verlauf der Mitgliederversammlung ist eine Niederschrift anzufertigen, die vom Vorsitzenden und dem Schriftführer zu unterschreiben ist.

Psychiatrische Poliklinik der Universität Düsseldorf

Ambulanz: Oktober 1975

Erstuntersuchungen: 23 Konsile, 24 Neuzugänge

Nachuntersuchungen: 593

Psychiatrischer Sozialdienst:

	männlich	weiblich	insgesamt
Bestand am Monatsanfang	125	234	359
Zugang	10	14	24
Abgeschlossene Fälle	2	5	7
Bestand am Monatsende	133	243	376

Ambulanz: November 1975

Erstuntersuchungen: 20 Konsile, 17 Neuzugänge

Nachuntersuchungen: 517

Alkoholikerambulanz: 60

	männlich	weiblich	insgesamt
Bestand am Monatsanfang	133	234	376
Zugang	8	9	17
Abgeschlossene Fälle	2	5	7
Bestand am Monatsende	139	247	386

Ambulanz: Dezember 1975

Erstuntersuchungen: 14 Konsile, 11 Neuzugänge

Nachuntersuchungen: 569 plus 30 geriatrische Nachuntersuchungen

	männlich	weiblich	insgesamt
Bestand am Monatsanfang	139	247	386
Zugang	3	8	11
Abgeschlossene Fälle	0	0	0
Bestand am Monatsende	142	255	397

Ambulanz: Januar 1976

Erstuntersuchungen: 20 Konsile, 22 Neuzugänge

Nachuntersuchungen: 532 plus 31 geriatrische Nachuntersuchungen

	männlich	weiblich	insgesamt
Bestand am Monatsanfang	142	255	397
Zugang	11	11	22
Abgeschlossene Fälle	8	13	21
Bestand am Monatsende	145	253	398

Ambulanz: Februar 1976

Erstuntersuchungen: 17 Konsile, 18 Neuzugänge

Nachuntersuchungen: 488 plus 38 geriatrische Nachuntersuchungen

	männlich	weiblich	insgesamt
Bestand am Monatsanfang	145	253	398
Zugang	6	12	18
Abgeschlossene Fälle	10	13	23
Bestand am Monatsende	141	252	393

Herrn Professor Dr. med. Kurt Heinrich sowie Herrn Professor Dr. med. Hans Schadewaldt danke ich sehr herzlich für alle Anregungen und Ratschläge bei der Durchführung und Abfassung dieser Untersuchung.

Mein Dank gilt ebenso Frau Dipl. Bibliothekarin L. Otte für die hilfreiche Unterstützung bei der Zusammenstellung der Literatur.

Allen Ärzten, Schwestern und Pflegern des Landeskrankenhauses - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf, die mir in vielen Gesprächen wertvolle Kenntnisse über die Klinik vermittelten, danke ich herzlich.

L E B E N S L A U F

Daten zur Person:

Name:	Middelmann, geb. Schulz-Gahmen
Vorname:	Eleonore
Geb. Dat.:	4. 11. 1952 in Lünen/Westfalen
Wohnsitz:	4000 Düsseldorf, Sybelstraße 30
Ehemann:	Dipl.-Ing. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Dr. Ulrich Middelmann
Eltern:	Joachim Schulz-Gahmen (Landwirt) Ehefrau Hardy Schulz-Gahmen

Daten zur Ausbildung

1959	Eintritt in die Leo-Schule Lünen
1963	Eintritt in das neusprachliche Geschwister -Scholl-Gymnasium in Lünen
1969	Eintritt in die Max-Rill-Schule in Reichersbeuern (Bayern)
1971	Reifeprüfung
WS 1971/72	Immatrikulation an der Universität München für Chemie und Biologie
SS 1972	Immatrikulation an der Universität Düsseldorf für Medizin
1973	Naturwissenschaftliche Vorprüfung
1974	Ärztliche Vorprüfung
1975	1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Oktober 1975	Beginn der Dissertation